

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MODALIDADE A DISTÂNCIA

TURMA 4



**Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na USF Maria
de Fátima Ferreira de Paula, Plácido de Castro-AC**

Suellen Gleyce França da Silva

Pelotas, 2014

Suellen Gleyce França da Silva

**Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na USF Maria
de Fátima Ferreira de Paula, Plácido de Castro-AC**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização
em Saúde da Família – Modalidade à
Distância – UFPEL/UNASUS como
requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2014

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

S586m Silva, Suellen Gleyce França da

Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na USF Maria de Fátima Ferreira de Paula, Plácido de Castro-AC / Suellen Gleyce França da Silva; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

113 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Saúde da criança 4.Puericultura 5.Saúde bucal I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico esse trabalho as minhas crianças
atendidas no município de Plácido de Castro,
e que quando crescerem talvez um dia
lembrem da tia Suellen.

Agradecimentos

Agradeço aos meus amigos que com suas doações acreditaram em minha força de vontade em proporcionar pelo menos um feliz dia das crianças aos meus pequenos pacientes. À minha família por sempre ligar ou me visitar no interior. À Chirleane, minha técnica de enfermagem e agora para sempre minha amiga. Ao meu grande amigo Eric Jarude por me proteger de vários perigos do mundo e novamente ser meu parceiro nesta aventura. E ao meu grande amor Vinicius pela paciência comigo e ser o mais perfeito homem que já conheci.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

Lista de Figuras

Figura 1: Proporção de crianças Inscritas no Programa de Puericultura na USF Maria de Fátima.....	62
Figura 2: Proporção de Crianças com primeira consulta na primeira semana de Vida da USF Maria de Fátima.....	64
Figura 3: proporção de cobertura de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras de creche e participantes de saúde bucal coletiva na USF Maria de Fátima.....	65
Figura 4: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na USF Maria de Fátima.....	66
Figura 5: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco de saúde bucal na USF Maria de Fátima.....	67
Figura 6: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança na USF Maria de Fátima.....	68
Figura 7: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas na USF Maria de Fátima.....	68
Figura 8: Proporção de crianças com monitoramento do crescimento na USF Maria de Fátima.....	69
Figura 9: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na USF Maria de Fátima.....	70
Figura 10: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas na USF Maria de Fátima.....	71
Figura 11: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento na USF Maria de Fátima.....	71
Figura 12: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade na USF Maria de Fátima.....	72
Figura 13: Proporção de crianças com suplementação de ferro na USF Maria de Fátima.....	73
Figura 14: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na USF Maria de Fátima.....	74

Figura 15: Proporção de crianças de 36 a 72 meses frequentadoras de creches com escovação supervisionada com creme dental na USF Maria de Fátima.....	75
Figura 16: Proporção de crianças de 6 a 72 meses que tiveram o tratamento odontológico concluído na USF Maria de Fátima.....	76
Figura 17: Proporção de crianças com registro atualizado na USF Maria de Fátima.....	76
Figura 18: Proporção de crianças com avaliação de risco na USF Maria de Fátima.....	77
Figura 19: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na USF Maria de Fátima.....	78
Figura 20: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na USF Maria de Fátima.....	78
Figura 21: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária na USF Maria de Fátima.....	79
Figura 22: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação coletiva sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries na USF Maria de Fátima.....	80
Figura 23: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias na USF Maria de Fátima.....	82

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
APS	Atenção Primária em Saúde
CEO	Centro de especialidades odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da família
PCCU	Preventivo do câncer de colo uterino
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação

1. Análise Situacional.....	13
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	16
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2. Análise Estratégica.....	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e Metas	27
2.2.1 Objetivo Geral	27
2.2.2 Objetivos Específicos.....	27
2.2.3 Metas.....	28
2.3 Metodologia.....	30
2.3.1 Ações.....	30
2.3.2 Indicadores.....	40
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	55
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	57
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.....	58
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	59

4. Avaliação da Intervenção	62
4.1 Resultados.....	62
4.2 Discussão.....	82
4.3 Relatório da intervenção para os gestores.....	91
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	93
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	96
6. Bibliografia.....	99
Anexos.....	100
Anexo A: Planilha de coleta de dados	101
Anexo B: Planilha de acompanhamento das atividades coletivas em saúde bucal	103
Anexo C: Planilha de atendimento individual em saúde bucal	104
Anexo D: Planilha de encaminhamento para UBS na saúde bucal.....	105
Anexo E: Planilha de triagem de risco de cárie dentária em saúde bucal.....	106
Anexo F: Planilha de saúde bucal do pré-escolar	107
Anexo G: Documento do Comitê de ética.....	108
Apêndices.....	109
Apêndice A: Ficha espelho.....	110

Resumo

SILVA, Suellen Gleyce França da. **Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na USF Maria de Fátima Ferreira de Paula, Plácido de Castro-AC.** Trabalho de Conclusão de Curso para título de Especialista em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social da Universidade de Pelotas, 2014.

Este estudo ocorreu na área de saúde da criança, através do acompanhamento de puericultura da USF Maria de Fátima Ferreira de Paula no Município de Plácido de Castro, Acre, com o objetivo de promover a melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses. A intervenção deste trabalho ocorreu no período de 12 semanas, entre outubro e dezembro de 2014 e foi implementado de forma contínua com consultas agendadas e monitoramento do crescimento e desenvolvimento, assim como atividades de prevenção e orientações em conjunto com a equipe de Saúde Bucal. Na metodologia, definiu-se eixos para monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Dentre os resultados, o acompanhamento em puericultura correspondeu a 139 (95,9%) crianças; os frequentadores de creche e que participaram da saúde bucal coletiva foram em 12 (57,1%); 47 (38%) crianças realizaram 1º consulta odontológica e dentre estas, 11 (23%) foram classificadas como alto risco; ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento foram avaliadas 125 (89,9%) crianças respectivamente. Ao déficit de peso foram monitorados 12 (100%) infantes e sob excesso de peso 16 (100%). Em relação ao calendário vacinal, 108 (77,7%) crianças o apresentaram atualizado; Nenhuma criança foi submetida ao teste do ouvidinho; concluíram o atendimento odontológico 36 (76%) crianças na faixa etária de 6 a 72 meses. Assim, garantimos a adesão para acompanhamento da criança, a longitudinalidade dos cuidados e, principalmente, a preocupação com as mães e as famílias com a agregação de seus valores culturais e biopsicossociais. Todas as mudanças na forma de agir no trabalho desta equipe contribuíram positivamente para melhorias à comunidade que atendemos. Portanto, os resultados apontaram aspectos promissores da continuidade do cuidado baseado na saúde da criança como meta contínua a se seguir pela ESF, aliada a uma abordagem qualitativa e quantitativa em saúde como peça chave para a melhoria da saúde a população infantil.

Palavras chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde bucal.

Apresentação

O Presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção às crianças entre 0 a 72 meses acompanhadas na USF Maria de Fátima Ferreira de Paula, no município de Plácido de Castro, Estado do Acre.

O presente volume apresenta, na primeira seção, a descrição da análise situacional realizada na unidade de saúde referida acima, bem como informações pertencentes ao município ao qual a Unidade de saúde está inserida. Serão analisadas questões como estrutura física da USF, processo de trabalho da equipe e população da área de abrangência da USF.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia que será utilizada, as ações propostas para a intervenção, incluindo os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram desenvolvidas. Serão discutidas as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, será realizada uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade discorrendo sobre a experiência da intervenção para os atores principais da intervenção, os usuários do serviço.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

1- Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria de Fátima, no município de Plácido de Castro, é bem aquém do ensinado e estudado durante o curso de medicina social/família na graduação. São ínfimas as estratégias realizadas por parte da equipe médica, salvo a realização das visitas domiciliares, que reiniciaram a partir da chegada da nova médica a esta UBS.

Há também a estratégia dos agentes comunitários em saúde, com definição da microáreas e mapeamento da área de abrangência da unidade. Inicialmente, no primeiro mês de trabalho como médica nesta UBS fazia parte da equipe outro médico, um pioneiro na cidade, e que já estava a frente da unidade a longo tempo e que se afastou por motivos pessoais.

A enfermagem é bem organizada, representada por um enfermeiro e tem grande prazer em realizar seu trabalho da forma embasada pelos princípios da Atenção Primária a saúde (APS). Está à frente do pré-natal de baixo risco, com acompanhamento das gestantes, do programa de prevenção do câncer de colo uterino, através da coleta das citologias oncóticas e dos programas de tuberculose, hanseníase e lobomicose. Não há puericultura, Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), educação continuada em saúde, que representam importantes modificações da situação de saúde da população.

Durante a segunda semana foi discutido com a equipe sobre o início da realização da estratégia do HIPERDIA que é de fundamental importância nos modificadores de saúde do país, na morbimortalidade da população. Nesta unidade de saúde o atendimento é totalitário de livre demanda, e após a

chegada da nova médica à equipe, as visitas domiciliares são realizadas em agendamento de prioridades.

Ainda fazem parte da equipe uma dentista e uma auxiliar de consultório dentário, que são responsáveis pela saúde bucal da população da área de abrangência. Observou-se que culturalmente grande parte da população desta comunidade não se incomoda com seus dentes em péssimo estado de conservação, e em razão disso estes pacientes já são encaminhados ao consultório dentário para agendamento de sua consulta e assim oferecemos atendimento mais global à comunidade.

Além do mais, a existência de uma boa interação com os agentes de saúde foi de fundamental importância nesse reconhecimento da equipe. Nosso contato a respeito de educação em saúde é discutido e repassado através deles à comunidade, que são o primeiro contato das mesmas. Os demais integrantes da equipe é a secretária, a qual tem grande importância na triagem dos pacientes e ordem de atendimento. Há também a diretora, que é ex Agente Comunitária de Saúde (ACS) dessa mesma unidade, o que facilita demais nossos diálogos a respeito de mudanças para melhoria do atendimento, pois sabe de perto a realidade da comunidade e não é apenas restrita a assinar papéis, com função administrativa.

Portanto, é nítido nesta UBS que há uma facilidade ao diálogo aberto. Entretanto, foi percebido um receio por parte de alguns integrantes da equipe por anseios de mudanças na forma de trabalho na UBS e modificações nos projetos para a comunidade com uma nova visão logística e baseada na ESF. É plausível que as mudanças à primeira vista possam causar desconforto em alguns, principalmente àqueles acostumados com o dia a dia de outras rotinas de atendimento.

Além do mais, nesta UBS há uma situação desfavorecida de medidas voltadas à educação em saúde da população, onde qualquer profissional da área de saúde não acostumado com essa paisagem, iria propor mudanças. Enfim, a interação com todos esses profissionais está cada vez mais próxima, à medida que conquisto a confiança da comunidade e deles próprios, trazendo

seus familiares às consultas, aos esclarecer dúvidas dos colegas de profissão, na cordialidade com toda a equipe com a comunidade.

Em relação ao suporte laboratorial, o aparato de exames ainda é ínfimo e na maioria das vezes contamos apenas com o tratamento empírico e retorno do paciente a unidade para reavaliação do tratamento proposto, o que nem sempre é possível porque muitas vezes atendemos pacientes de zona rural e que por algum motivo buscam nossa unidade de saúde pelas proximidades de centralização da mesma.

O trabalho está sendo árduo porque apesar da centralização da unidade de saúde, a maioria das ruas não tem pavimentação, muitas não tem saneamento básico, mesmo no centro da cidade, e a população fica a mercê de várias doenças preveníveis, à dependência de atitudes políticas como estas. E o acesso de minha equipe também fica comprometido pela dificuldade de acesso às microáreas e equipamentos de proteção individual, como por exemplo, o uso de botas para proteção contra animais peçonhentos.

Portanto, apesar das inúmeras dificuldades, conseguimos a concretização das visitas domiciliares que agora estão implantadas e organizadas após a chegada da nova médica. Outro tópico importante foi a primeira reunião de hipertensos e diabéticos realizada em meados de abril de 2013, após muita conversa e explanação com a direção e minha enfermeira sobre a importância do HIPERDIA e a realização de palestras breves, de linguagem fácil para esse público. Logo, mais uma tarefa agendada e programada para o benefício e melhoria da saúde desta comunidade. Foi citado nesse encontro que nenhuma UBS desse município havia realizado algo semelhante e que a UBS Maria de Fátima estava servindo de exemplo a outras unidades de saúde do município.

Um ponto forte na unidade de saúde é a vacinação. Não sei se pelo maior comprometimento/esclarecimento das mães com seus filhos, ou pela facilidade de acesso ou por ser item obrigatório para o recebimento do Programa Bolsa Família. Este ponto ainda é uma grande incógnita nesta primeira observação do funcionamento da UBS.

Em relação à estrutura física de minha unidade, contamos com uma sala de consulta médica, um consultório odontológico, um consultório da enfermagem, sala de vacinas, a sala dos ACS, a sala da direção (estas citadas com ar condicionado), uma copa/cozinha, sala de espera dos pacientes que era uma garagem, dois banheiros sendo um ao público geral e outro dentro da sala da enfermagem para uso pelas pacientes da avaliação ginecológica (pré natal, coleta de citologia oncológica) que é usado em conjunto com os funcionários. Esta UBS era uma casa que foi adaptada para atendimento de saúde ao público.

Como dito anteriormente, por ser de localização central no município, esta UBS é muito requisitada pelos pacientes. Até mesmo pacientes de fora da área de abrangência da unidade anseiam por atendimento por ser de fácil acesso centralizado. É bem estabelecido o vínculo dos usuários com a UBS, notado às leituras de prontuários e consultas anteriores.

As atividades intersetoriais, nestas primeiras semanas de atuação na UBS, não foram citadas ou planejadas, porém as atividades interdisciplinares ocorrem de forma bem estabelecida com a psicologia no grupo de tabagismo. Em relação aos conselhos de saúde há atuação de forma ativa, porém discreta. Um dos pacientes da USF faz parte do conselho e me deixou a par de algumas circunstâncias, principalmente após o prefeito do município, que é médico, propor como seu lema de mandato a prioridade no setor da saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A unidade de saúde Maria de Fátima é situada no município de Plácido de Castro no Acre, há 100km de distância da capital do Estado - Rio Branco. Este município é formado por pouco mais de 17 mil habitantes, tendo como uma de suas fronteiras a Bolívia, representada pela cidade de Puerto Evo Morales.

Essa UBS é vinculada à ESF, pelo menos teoricamente, desde 30 de março de 2004, ano de sua criação. É a UBS do município mais centralizada territorialmente em meio ao centro administrativo da cidade. O município possui 7 UBS vinculadas à ESF, sendo 3 unidades com área de abrangência em zona rural. Não possui unidade de saúde tradicional, nem unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Auxiliando a rede básica de saúde há um Hospital central, Unidade Hospitalar Manoel Marinho, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com sede no próprio hospital, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo que esse último não possui uma estrutura concreta própria, sendo que os profissionais vinculados ao NASF estão distribuídos em 2 UBS, com espaço estrutural adequado às suas atribuições. Fazem parte do NASF 1 psicóloga, 1 nutricionista, 2 assistentes sociais, 2 fisioterapeutas e 1 ginecologista (este profissional não é fixo, e atende apenas quinzenalmente).

Uma grande dificuldade encontrada no município é o suporte laboratorial para prática clínica, onde apenas poucos exames são realizados, como o hemograma, glicemia de jejum, hepatograma, renograma, lipidograma; pesquisa de Plasmodium, Bacterioscopia de escarro, intradermoreação de Montenegro e pesquisa direta de Leishmania (pela alta prevalência na região), sorologias para doenças sexualmente transmissíveis com tempo de recebimento dos resultados maior que 30 dias.

Não há disponível nenhum suporte para culturas de urina, hormônios (tireóide, função ovariana), nem exames para acompanhamento de diabéticos como a hemoglobina glicosilada e pesquisa de microalbuminúria. A imagenologia fica restrita aos eletrocardiogramas, que demoram mais de 30 dias para realização e os eletrocardiogramas com solicitação de laudo são realizados apenas na capital pela ausência de cardiologistas para laudá-los no município.

As radiografias são realizadas no hospital, porém o aparelho muitas vezes apresenta-se com defeito e sem previsão de conserto. Não há mamógrafo. O ultrassom tem boa disponibilidade e de rápido acesso aos

resultados. É oferecido também testes realizados na própria UBS como o de colpocitologia oncótica para rastreio de câncer do colo uterino e a glicemia capilar.

Os kits rápido de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis, hepatites virais não são realizados, sendo testes de fácil realização e de material simples, com previsão de chegada na UBS no próximo trimestre. As hepatites virais são doenças muito prevalentes na região norte e prevalentes no Brasil. Os profissionais de saúde do município apresentam grandes dificuldades na realização destes exames complementares, provocando muitas vezes o deslocamento dos usuários para outras cidades que oferecem este tipo de serviço.

A UBS Maria de Fátima dispõe-se também como área de treinamento para os estudantes do curso técnico de formação de auxiliares de consultório dentário. Apesar de ser uma UBS com assistência à população urbana, existe o atendimento em livre demanda dos pacientes provenientes da zona rural em larga escala, devido às dificuldades que essa população enfrenta de acesso aos serviços de saúde.

Recentemente faz parte da equipe uma nova técnica de consultório dentário, a qual traduz sensibilidade suficiente para lidar com os pacientes, uma nova zeladora, a qual é de grande destaque como profissional e como pessoa pela integridade e honestidade de seu trabalho e que transparece a todos os outros membros da equipe. Desta forma a UBS dispõe de apenas uma equipe de ESF, formada por 1 médica generalista, 1 enfermeiro, 1 secretária, 6 ACS, 1 cirurgiã dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 zeladora e 1 diretora. A unidade possui 2.446 pessoas cadastradas e, atualmente, dispõe de dois turnos para o atendimento desta população, diariamente.

A UBS Maria de Fátima atende em sua majoritária forma à demanda espontânea, recebendo pacientes das mais diversas formas, concepções, idade e limitações físicas. Esta UBS foi arquitetada a partir da adaptação de uma moradia, portanto sua criação não foi planejada e apesar de 9 anos de funcionamento, ainda está aquém das reais necessidades estruturais de

funcionamento preconizado pelo Manual de Estrutura da UBS, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2008).

A ambiência da UBS, que deveria proporcionar uma atenção acolhedora e humanizada, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários, através de espaços amplos, confortáveis e adaptados para pacientes que convivem com deficiência, na realidade se torna, muitas vezes, uma tormenta para aqueles que aguardam horas pelo atendimento nessa unidade. Os mais prejudicados na falta de estrutura da unidade são os portadores de necessidades especiais. Além de não dispormos de cadeiras de rodas para os pacientes com necessidades das mesmas.

Ainda em dissintonia com o Manual das Estruturas das UBS, nesta UBS não contem torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, afetando drasticamente à transmissão de doenças pessoa a pessoa; não há sala de nebulização, sendo esta realizada na sala de procedimentos/curativo; não há almoxarifado, sala de depósito de limpeza, sala de esterilização, nem expurgo, sendo esta realizada num nível central.

Não há farmácia própria na UBS, e esta é localizada num nível central da cidade, dificultando as prescrições pela não comunicação das medicações disponíveis à equipe de saúde, principalmente a médica. Além de dificultar o acesso aos medicamentos pela distância a ser percorrida pelos pacientes da UBS à farmácia central, pois alguns são idosos com dificuldade a deambulação.

As janelas da unidade são todas de madeira e sem telas protetoras, sendo que a malária, doença de transmissibilidade vetorial por mosquito, ocorre a cada instante em todo o município.

Condiz com o proposto do Manual do MS é que os espaços e salas definidos têm sua utilização compartilhada por todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família. A equipe tem um engajamento satisfatório um com os outros, sem pedestais ou hierarquia, já que representamos uma equipe multidisciplinar, cada um com suas peculiaridades que se entrelaçam para beneficiar o usuário. A sala de reunião é onde funciona também a sala dos

ACS, ponto também embasado no Manual que prevê a utilização destas com tal fim, por se tratar de uma unidade pequena com porte de 1 equipe da ESF.

Outro equipamento fundamental ao raciocínio diagnóstico e que inexistia nesta UBS é o Negatoscópio. Não há otoscópio, e o tratamento das patologias do ouvido são todas realizadas de forma empírica, na incerteza do real diagnóstico. Outro problema é a falta de termômetro, kit básico e barato, porém ainda não está disponível nesta UBS. Contudo, estes materiais foram solicitados à gestão com breve previsão de chegada para uso imediato.

O nebulizador está em pleno uso na unidade. Não há material para suturas e pequenos procedimentos que poderiam ser realizados na UBS são encaminhados ao Hospital de referência pela ausência desse kit material, superlotando a porta da urgência e emergência. Fato este de responsabilidade dos PSF e UBS por serem a porta de entrada do sistema de saúde e grande responsáveis pelo desafogamento das UPAs e Pronto-socorros.

Em relação aos meios de locomoção disponibilizados na UBS, figurando nesse contexto principalmente a figura do ACS ao qual trabalha diariamente e diretamente com as visitas domiciliares, este realiza essa atividade a pé. Interessante seria se os mesmos tivessem bicicletas disponíveis para as visitas, pois um maior número de visitas seriam realizadas e com maior qualidade, pois o tempo gasto entre os percursos seria encurtado e depositado na visita em si, e é um meio de transporte barato em comparação aos outros existentes.

O sistema de manutenção e reposição de equipamentos e instrumentos que é realizado através das necessidades da UBS é referenciado a Secretaria Municipal de Saúde para providência dos mesmos e continuidade do trabalho na UBS.

A disponibilização de vacinas é o preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) e funciona satisfatoriamente e com excelentes profissionais na unidade. Os livros didáticos e de consulta na unidade são de propriedade particular, porém armazenados para livre consulta pela equipe.

Apesar de citados aspectos positivos, os pontos negativos explanados acima sobre a estrutura da UBS Maria de Fátima são todos em prol de melhorias ao ambiente de trabalho, e surgem todos os dias à observação das carências e limitações que nos são impostas a cada tentativa de procedimento, em cada atendimento. São situações que nos obrigam a solicitar por melhorias a coordenação da UBS, a administração da Secretaria Municipal de Saúde, e a instigar profissionais da equipe e usuários/pacientes em busca de seus direitos à saúde de forma digna e com maior suporte possível.

Em relação à demanda espontânea, atendemos um número expressivo de pacientes fora da área, provenientes de outros municípios e de outro país (Bolívia), e esse excesso de demanda sobrecarrega a equipe, pois lamentavelmente muitos desses pacientes não possuem UBS em seu território ou próximo de seus lares. Com isso, o registro formal do número de pacientes da área de abrangência da UBS Maria de Fátima é meramente subestimado e os números de atendimentos, filas de espera se acumulam a cada dia à custa do excesso de demanda. Em vários momentos a equipe trabalha além do horário de atendimento/funcionamento do módulo de saúde para sanar esses atendimentos do excesso de demanda. É notório que uma equipe sobrecarregada trabalha com menos força de vontade e com menos qualidade.

Apesar do município ser pequeno e de população de pouco menos de 20 mil/hab, as condições de vida de grande parte daquela população são de adoecimento pela falta de água potável, rede de esgotos, educação, educação em saúde, etc. Este somatório resulta em mazelas levando a população a buscar com muita frequência a UBS para resolução de seus males.

Sobre o acolhimento, por não ser uma receita de bolo ou não existir a melhor forma de lidar com o acolhimento descrito, e sim, formas de melhorias ao acolhimento da população, explana-se que este deva ser feito da melhor forma para solucionar os problemas dos pacientes, organizando o atendimento na unidade de saúde para gerir melhor a demanda. Nessa unidade, o acolhimento é feito pela recepcionista e pelos técnicos de enfermagem. Há uma organização dos pacientes evitando tumultos, explicações sobre as prioridades, seja por idade, seja por agravos agudos à saúde do outrem e

organização dos fluxos. Não possuímos sala específica de acolhimento, essas ações são realizadas no próprio corredor da sala de espera ou na garagem adaptada da UBS onde os pacientes aguardam pelos atendimentos.

No que concerne as ações programáticas a saúde da criança não há e nem nunca houve acompanhamento organizado e realmente fundamentado em puericultura nessa UBS, logo não há protocolo que permeie essa prática. Os contatos com as crianças são realizados de forma pontual, priorizando os atendimentos de casos agudos e infecções ocasionais. Na área de abrangência desta UBS, ainda é cultural à busca ao médico apenas para consultas clínicas e não para acompanhamento. No Brasil houve um declínio da mortalidade infantil, principalmente por redução das causas externas (doenças infecto-parasitárias, afecções respiratórias, desidratação, desnutrição), fruto intrínseco ao melhor acesso à saúde (vacinação, aleitamento materno exclusivo) através da puericultura (BRASIL, 2005).

Para esta ação programática o indicador de cobertura está em torno de 76%. Em relação aos indicadores da qualidade a atenção à saúde da criança, o teste do pezinho foi realizado em todas as 34 crianças menores de 1 ano, porém em mais de 7 dias. Satisfatoriamente, as vacinas são atualizadas de acordo com a idade. Além do mais, todas as mães são orientadas e avaliadas sobre o aleitamento materno, prevenção de acidentes na infância e aquelas que não são adeptas as linhas de cuidado, é realizada a visita domiciliar para esclarecimentos e orientações.

O processo de atenção à saúde de grávidas e puérperas da comunidade representa um desafio aos profissionais de saúde desta unidade, pois grande parte destas são pacientes adolescentes e exigem grande perspicácia da equipe. Foi identificada uma cobertura de pré-natal de 82%, que engloba, atualmente, 30 gestantes. A equipe tem em mente que o sucesso é garantido antes mesmo da gravidez, com a implementação de medidas educacionais de prevenção de gravidez e consequentemente de doenças sexualmente transmissíveis com métodos de barreira e a orientação de métodos anticonceptivos.

A cancerofobia faz parte atualmente de nossa sociedade e com ela se faz imprescindível à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama. O início das relações sexuais é muito precoce em nosso grupo de paciente, entre 11 e 14 anos, e a partir desses dados se justifica também um início mais precoce para o rastreio através da Preventivo do Câncer do Colo do Útero (PCCU). A cobertura gira em torno de 12% do total de mulheres, e destas, muitos exames vêm com resultados insatisfatórios, muitas fazem o PCCU na própria capital pela agilidade do resultado do exame, pois a leitura das lâminas de todos os municípios do leste do Estado é realizada apenas na capital.

Em relação ao controle do câncer de mama há uma real dificuldade das pacientes para a realização dos exames de mamografia devido o município não possuir mamógrafo, e com isso o exame é feito na capital do Estado, e grande número dessas pacientes desistem do acompanhamento clínico/radiológico por essas dificuldades de trajeto e demora para o agendamento dos exames complementares. Foi estimado uma cobertura de apenas 10% do total de mulheres da área de cobertura da unidade de saúde.

A principal causa de morte no Brasil são as doenças cardiovasculares e que têm como principais causas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Com a criação do atendimento organizado para o HIPERDIA, há de forma quinzenal a participação da população de referência de 2 microáreas (não dispõem-se de espaço físico para reunir todas as microáreas). Além disso, atendemos diariamente os pacientes hipertensos e diabéticos por serem a maior demanda de patologias de nossa abrangência. A cobertura dessa população foi de 34% e 27%, respectivamente. Há orientação a todos os pacientes dos 2 grupos de prática de exercícios e alimentação saudável. Ao tratar esses pacientes evitando suas sequelas, tratamos todo o meio que estes vivem e garantimos qualidade de vida a estes.

Em relação a saúde do idoso, nesta UBS não é realizado nenhum grupo de idosos e não há assistencialismo psicológico. Salvo casos, esses pacientes são vistos de forma completa, junto com familiares ou não no seu dia-a-dia, com tempo mais satisfatório que no ambulatório, é na visita

domiciliar. Infelizmente, essa consulta completa do ponto de vista do ser biopsicossocial é restrita a idosos acamados ou com dificuldade à deambulação.

O paciente idoso que necessita de atenção especial pode apresentar várias patologias, inúmeras comorbidades concomitantes, e o agravo da polifarmácia, e nesta comunidade isso é particularmente uma dificuldade pois grande parte deste grupo de pacientes não são alfabetizados. A cobertura a esse grupo situa-se em 72% da população da área de abrangência. Para melhoria dos perfis de saúde dessa população é necessário a manutenção do serviço de promoção a saúde, e a autonomia dessa população é debatida e orientada de perto em cada visita dos ACS e de toda a equipe junto à residência desse grupo de pacientes.

A saúde bucal é representada pela odontóloga e pela técnica de consultório dentário e as mesmas atendem em período integral de forma agendada e em demanda espontânea para as urgências, com uma cobertura de 36% da população de primeira consulta e 76% dos atendimentos são destinados aos atendimentos de urgência.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional

A primeira impressão não é a que fica, definitivamente. Com a análise minuciosa a partir da coleta de dados fez-se um mapeamento real da situação de cobertura da população da área de abrangência e observou-se pontos que precisam cada vez mais ser trabalhados e que não foram “diagnosticados” anteriormente pela própria equipe de saúde, justamente por não terem uma visão ampliada e justificada por dados concretos da situação em saúde da população. Um exemplo disso seria a cobertura para rastreio precoce para o câncer de colo uterino, que acreditava-se ser superior a 50% devido a demanda de pacientes ao ambulatório e que após a sistematização dos dados observou-se resultados aquém do proposto.

A equipe estava satisfeita pela quantidade de pacientes nos ambulatorios, e devido a isso enfatizou menos a importância do mesmo junto a comunidade ao concluir que essa estratégia estava bem consolidada. A observação junto aos dados de baixa cobertura de mamografia fez-se também acompanhada de comunicação à secretaria de saúde, que agora disponibiliza transporte as pacientes que irão realizar o exame na capital. Após informação, o enfermeiro também auxilia nos pedidos de mamografia de rastreamento e soma-se com os pedidos médicos para o aumento da cobertura de rastreio para o câncer de mama.

As filas diminuem progressivamente na UBS a partir de um cuidado preventivo a esta população e pacientes fora de área de cobertura são referenciados às suas respectivas UBS para continuidade adequada de seus tratamentos, a partir de uma organização do fluxo e comunicação direta com outras UBS. A organização de alguns agendamentos das consultas clínicas, que a priori eram apenas em livre demanda e que aos poucos apresentam consultas programadas ou com grupos específicos, por exemplo, HIPERDIA.

A oferta laboratorial exponencialmente melhorou a partir de um prazo para entrega de exames em menor tempo, auxiliando nos pareceres diagnósticos em tempo mais hábil. A equipe estreitou os laços a partir da busca em conjunto de dados, formulou idéias a partir deles, cresceu o espírito em equipe para mudanças concretas de melhorias à comunidade. Portanto, muito ainda há de ser feito, porém, passo a passo, com muita paciência e debates entre a equipe e administração municipal, continuaremos conseguindo a ampliação e melhoria da assistência à saúde de nossa população de referência.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade infantil (principalmente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil em decorrência da diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, melhor qualidade ao pré natal e ao recém nascido, melhores condições sanitárias, acesso a vacinação, promoção do aleitamento materno exclusivo e a prevenção de acidentes (BRASIL, 2012).

Dados do IBGE (2010) apontam que as disparidades regionais ainda são enormes e a região Norte desfruta ainda dos piores índices de mortalidade infantil do país, atrás apenas da região Nordeste. As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo país nas últimas décadas acabaram forçando uma reorganização de prioridades da saúde pública brasileira, com uma consequente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança.

Apesar da queda das taxas de mortalidade infantil, ainda temos muito a melhorar, pois muitas regiões do país ainda carecem de assistência a esse âmbito, inclusive na UBS Maria de Fátima, localizada no município de Plácido de Castro - Acre. Atualmente, temos cadastradas aproximadamente 145 crianças na faixa etária entre 0 a 72 meses. O contato com os pequenos pacientes é realizado apenas de forma pontual, priorizando os atendimentos de casos agudos e infecções ocasionais. É notório que o acompanhamento sistematizado dessa população encontra-se incompleto e sem um olhar ampliado.

Conforme já mencionado, a puericultura será implementada nesta UBS, partindo do ponto inicial para organização desta ação programática a

partir das seguintes ações: estabelecimento do número de consultas de rotina padronizadas, observação ampliada sobre o desenvolvimento destas crianças através do acompanhamento neuromotor (teste de Gesell, escala de Denver), acompanhamento da saúde bucal, suplementações vitamínicas e de ferro, triagens, reconhecimento de morbidades de forma precoce e identificação de fatores de risco, orientação às mães, etc.

Assim, a puericultura será peça chave para a melhoria da saúde a população infantil da UBS Maria de Fátima em que a busca ativa, o cadastramento, acompanhamento longitudinal proporcionará o diagnóstico precoce de anormalidades, orientações precoce para não ocorrência de acidentes, melhoria dos perfis de saúde desta população de acordo com os perfis de qualidade do MS. Nesse sentido, espera-se que com a implantação e continuidade a posteriori desse trabalho, ocorra melhorias a saúde dos infantes de forma progressiva e longitudinal, a partir das ações preventivas de forma biopsicossocial, embasada por uma atuação multidisciplinar.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na UBS Maria de Fátima, localizada no município de Plácido de Castro, Acre.

2.2.2 Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança;
- Melhorar a adesão ao programa de Saúde da criança;
- Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
- Melhorar registros das informações;
- Mapear crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
- Promover a saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo *Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança*, espera-se alcançar as seguintes metas:

1. Ampliar a cobertura de atendimento para 80% dos infantes de 0 a 72 meses da área de abrangência;
2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 80% das crianças cadastradas;
3. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 80% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.
4. Ampliar 80% da cobertura de primeira consulta odontológica e a cobertura para os pacientes classificados como alto risco para doenças bucais compreendidos entre 6 a 72 meses de idade moradoras da área.
5. Acrescer a 80% a cobertura de ação coletiva de exame bucal para estabelecimento de prioridade de atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade da creche foco da intervenção da área de abrangência.

Relativas ao objetivo *Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança*, espera-se obter:

6. Busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas clínicas.
7. Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

Relativas ao objetivo *Melhorar a qualidade do atendimento à criança*, busca-se atingir:

8. Monitorar 100% das crianças quanto ao crescimento.
9. Monitorar 100% das crianças quando ao desenvolvimento.
10. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

11. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
12. Vacinar 100 % das crianças de acordo com a idade.
13. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.
14. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
15. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
16. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da UBS.
17. Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo *Melhorar registros das informações* espera-se conseguir:

18. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança de 100% dos infantes que consultam no serviço.

Relativas ao objetivo *Mapear crianças de risco pertencentes à área de abrangência*, almeja-se:

19. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Relativas ao objetivo *Promoção a saúde*, aspira-se:

20. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
21. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.
22. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
23. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

24. Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

25. Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

26. Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Visando ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade de saúde para 80%, iremos realizar no eixo do “Monitoramento e avaliação” a monitoração do número de crianças cadastradas no programa, no eixo “Organização e gestão do serviço” realizaremos o cadastramento da população de crianças entre zero e 72 meses da área adscrita, priorizando o atendimento de crianças. Já no eixo “Engajamento público” iremos orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios. Para o eixo da “Qualificação da prática clínica” iremos capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo MS e capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Visando ampliar a cobertura da primeira consulta na primeira semana de vida para 80% das crianças cadastradas, no eixo “Monitoramento e avaliação”, iremos monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida. No eixo “Organização e gestão do serviço” faremos busca ativa de crianças que não tiverem

comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, realizando visitas e atendimento domiciliar. No eixo “Engajamento público” informaremos às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e no eixo da “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo MS e capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Objetivamos ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade das creches foco da intervenção da área de abrangência. Desta forma, no eixo do “Monitoramento e avaliação” iremos manter atualizado o cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade freqüentadores das creches da área de abrangência da Unidade de saúde. Para o eixo “Organização e gestão do serviço” realizaremos um capacitação para os ACS para o cadastramento e atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade e organizaremos a rotina de atualização do cadastro das crianças de 6 a 72 meses de idade na Unidade de saúde. Para o eixo “Engajamento público” informaremos a população sobre o cadastramento das crianças de 6 a 72 meses de idade e a necessidade de atualização permanente e no eixo da “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe para manutenção da atualização do cadastro.

Para ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 80% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade realizaremos no eixo “Monitoramento e avaliação” o monitoramento a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica. No eixo “Organização e gestão do serviço” iremos organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, cadastrar na unidade de saúde as crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade, oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de

saúde e organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade, priorizando à interseção das crianças agendadas para atendimento clínico em conjunto no mesmo dia.

No eixo “Engajamento público” iremos informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde e esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. E no eixo “Qualificação da prática clínica” iremos capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo, capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico, capacitar os ACS para captação de crianças entre 6 a 72 meses de idade, capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência.

Visando ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 80% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais, no eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar número crianças de 6 a 72 meses que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica. No eixo “Organização e gestão do serviço” iremos organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco. No eixo “Engajamento público” esclareceremos a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos das crianças de 6 a 72 meses de alto risco. E no eixo da “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses e seus responsáveis, bem como capacitaremos a equipe para realizar cadastramento e agendamento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco para o programa.

Objetivando realizar a busca ativa em 100% das crianças faltosas às consultas, no eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), número médio de consultas realizadas pelas crianças e monitorar as

buscas a crianças faltosas. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” iremos organizar as visitas domiciliares para busca das crianças faltosas e organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas. Ao eixo “Engajamento público” informaremos à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança e no eixo da “Qualificação da Prática Clínica” faremos treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

Almejando realizar a busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica faltosas às consultas, no eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar a periodicidade das consultas, os faltosos e as buscas realizadas pelo programa de atenção à saúde bucal do escolar. No eixo “Organização e gestão do serviço”, organizaremos as visitas domiciliares para busca de faltosos e a agenda para atendimento destes após a busca. No eixo “Engajamento público”, ouviremos a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento ao programa de saúde da criança. E no eixo “Qualificação da prática clínica”, capacitaremos a equipe para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal e os ACS para realização de buscas as crianças faltosas ao tratamento odontológico.

Visando monitorar o crescimento em 100% das crianças, ao eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. No eixo “Organização e gestão do serviço” garantiremos material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Obteremos versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. No eixo “Engajamento público”, compartilharemos com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Informaremos aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade e estimularemos os pais ou responsáveis para presença em todas as consultas. No eixo da “Qualificação da prática clínica” faremos treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, com padronização da equipe e treinamento para

o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Visando monitorar 100% das crianças com déficit de peso, no eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos as crianças com déficit de peso; no eixo “Organização e gestão dos serviços” iremos garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Obteremos versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. No eixo “Engajamento público”, compartilharemos com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social e informaremos aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. No eixo da “Qualificação da prática clínica”, faremos treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, com padronização da equipe para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Com o objetivo de monitorar 100% das crianças com excesso de peso, no eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar as crianças com excesso de peso; no eixo “Organização e gestão dos serviços” garantiremos material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) e versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. No eixo “Engajamento público”, compartilharemos com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de saúde da criança para que possam exercer o controle social e informá-los sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. E no eixo da “Qualificação da prática clínica”, faremos treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas com padronização da equipe e treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Visando monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças, no eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo. No eixo “Organização e gestão

do serviço”, garantiremos encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento. No eixo do “Engajamento público” compartilharemos com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, informando-os as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária. No eixo da “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Com objetivo de vacinar 100% das crianças de acordo com a idade, no eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas e o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura. No eixo “Organização e gestão do serviço” garantiremos com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação e atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), realização do controle da cadeia de frio, adequado controle de estoque para evitar falta de vacina e controle da data de vencimento do estoque. No eixo “Engajamento público”, orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança. No eixo da “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Almejando realizar suplementação de ferro em 100% das crianças, no eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro. No eixo “Organização e gestão do serviço” garantiremos a dispensação do medicamento (suplemento). No eixo “Engajamento público”, orientaremos os pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro. E no eixo “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a médica para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

Visando realizar triagem auditiva em 100% das crianças, no eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva. No eixo “Organização e gestão do serviço”,

tentaremos garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo. No eixo “Engajamento público”, orientaremos pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste. E no eixo “Qualificação da prática clínica”, a médica será atualizada sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

Almejando realizar o teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, no eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos o percentual de crianças que realizaram teste do pezinho antes dos 7 dias de vida. No eixo “Organização e gestão do serviço”, tentaremos garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho. No eixo “Engajamento público”, orientaremos a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida. E no eixo da “Qualificação da prática clínica”, confirmaremos se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho, se não, providenciar a capacitação.

Com o intuito de realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde, ao eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar a média de ações coletivas de escovação dental supervisionada por criança. No eixo “Organização e gestão do serviço”, planejaremos a necessidade de materiais de higiene bucal necessários para realização das atividades, estimaremos o número de turnos necessários para atingir a meta para as crianças da creche da área da unidade de saúde, pactuando com as creches dos horários para realização de ações coletivas de saúde bucal. Elaboraremos listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada criança. Já no eixo “Engajamento público”, iremos informar e sensibilizar a comunidade sobre turnos de atividades nas creches da área de abrangência da unidade de saúde, sensibilizando cuidadores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas creches da área de abrangência da unidade de saúde. No eixo “Qualificação da prática clínica”, capacitaremos a equipe para o preparo do

ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Objetivando concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática, no eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos a proporção de crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico e que tem o tratamento odontológico concluído. No eixo “Organização e gestão do serviço”, iremos organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento e tentaremos garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. No eixo “Engajamento público”, esclareceremos a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico. E no eixo “Qualificação da prática clínica”, treinaremos a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária. Capacitaremos os profissionais para o manejo do paciente infantil e a equipe de saúde a monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico.

Objetivaremos manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço. No eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde. No eixo “Organização e gestão do serviço”, preencheremos a SIAB/folha de acompanhamento e implantaremos a ficha espelho (da caderneta da criança). Pactuaremos com a equipe o registro das informações e definiremos os responsáveis pelo monitoramento dos registros. No eixo “Engajamento público”, orientaremos a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas. E ao eixo da “Qualificação da prática clínica”, treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Visando realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa, ao eixo “Monitoramento e avaliação” iremos monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e o número de crianças de

alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso. No eixo “Organização e gestão do serviço” daremos prioridade no atendimento das crianças de alto risco, identificando-as na ficha espelho. No eixo “Engajamento público” forneceremos orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. E no eixo “Qualificação da prática clínica” capacitaremos os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Almeja-se dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança. No eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho. No eixo “Organização e gestão do serviço”, definiremos o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância. No eixo “Engajamento público”, orientaremos a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância. E no eixo “Qualificação da prática clínica” informaremos os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Almeja-se colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta, e ao eixo “Monitoramento e avaliação”, monitoraremos as atividades de educação em saúde sobre o assunto, o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos. No eixo “Organização e gestão do serviço”, definiremos o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno. No eixo “Engajamento público”, orientaremos a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. No eixo “Qualificação da prática clínica” capacitaremos a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de “pega”.

Visando fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças, ao eixo “Monitoramento e avaliação” monitoraremos o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho. Ao eixo “Organização e gestão do serviço”, definiremos o papel de todos os membros da equipe na

orientação nutricional. Ao eixo “Engajamento público”, orientaremos a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças em todas as consultas do infante. No eixo “Qualificação da prática clínica”, faremos a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Objetivando fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde, ao eixo “Monitoramento e avaliação”, iremos monitorar as atividades educativas coletivas. No eixo “Organização e gestão do serviço”, organizaremos a agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, identificando e organizando os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. Organizar todo material necessário para essas atividades e promover listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Ao eixo “Engajamento público”, divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar, promovendo a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças e esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. No eixo “Qualificação da prática clínica”, capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade, somando-se os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Visando orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, ao eixo “Monitoramento e avaliação”, monitoraremos as atividades educativas individuais. No eixo “Organização e gestão do serviço”, organizaremos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Ao eixo do “Engajamento público”, orientaremos familiares e crianças a partir de 4 anos de

idade sobre a importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção e esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. No eixo “Qualificação da prática clínica”, capacitaremos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

Almejaremos orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, ao eixo “Monitoramento e avaliação”, iremos monitorar as atividades educativas individuais. No eixo “Organização e gestão do serviço” organizaremos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. No eixo “Engajamento público”, orientaremos familiares sobre o uso apropriado de hábitos de sucção não nutritiva, discutindo estratégias para adoção. E ao eixo “Qualificação da prática clínica”, capacitaremos a equipe para oferecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva.

Objetivaremos fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde, ao eixo “Monitoramento e avaliação”, monitoraremos as atividades educativas coletivas. No eixo “Organização e gestão do serviço”, organizaremos a agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola, identificando e organizando os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas. Organizar todo material necessário para essas atividades e criar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

2.3.2 Indicadores

Quanto aos indicadores ocorrerá um controle semanalmente para que todas as metas sejam averiguadas neste período, avaliando dessa forma a

cobertura e a qualidade da atenção à saúde dos pacientes do Programa de Puericultura da intervenção proposta.

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 80%.

Indicador 1 : Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 80% das crianças cadastradas.

Indicador 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 80% das crianças de 6 a 72 meses de idade da creche foco da intervenção da área de abrangência.

Indicador 3: Proporção de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras da creche participantes de ação coletiva de exame bucal.

Numerador : Número de crianças de 6 a 72 meses participantes de ação coletiva de exame bucal.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 80% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

Indicador 4: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Meta 5: Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 80% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais.

Indicador 5: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade classificadas como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco moradoras da área de abrangência.

Meta 6: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 6: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa

Meta 7: Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Indicador 7: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

Numerador: Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Denominador: Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

Meta 8: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 8: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 9: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 9: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.

Meta 10: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 10: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde..

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

Meta 11: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 11: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 12: Vacinar 100 % das crianças de acordo com a idade.

Indicador 12: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

Numerador: número de crianças com vacinas em dia para a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 13: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador 13: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Numerador: número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 14: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 14: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 15: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 15: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida. Numerador: número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 16: Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de crianças de 36 a 72 meses das creches com escovação supervisionada com creme dental.

Numerador: Número de crianças entre 36 e 72 meses frequentadores da creche foco da intervenção com escovação supervisionada com creme dental.

Denominador: Número de crianças entre 36 e 72 meses de idade frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 17: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 17: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática

Meta 18: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança a vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 18: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas-espelho com registro adequado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 19: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa

Indicador 19: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 20: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 20: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 21: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 21: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 22: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 22: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: registro de orientação nutricional.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 23: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis

frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 23: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número de crianças frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 24: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 24: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

Meta 25: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 25: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Meta 26: Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde

Indicador 26: Proporção de crianças de frequentadores da creche foco da intervenção cujas mães receberam orientações nutricionais.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais.

Denominador: Número de crianças frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde da criança irá se adotar o protocolo Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). O monitoramento de todas as ações do programa será feito na ficha espelho de saúde da criança (reflexo do cartão da criança pertencente à mãe), no livro de controle da ficha espelho a qual será confeccionado e portará os mesmos dados presentes na ficha espelho, servindo como backup dos dados devido a ausência de registros informatizados na UBS, no livro de consultas, a qual se registrará número de consultas e faltas a estas, identificação da criança e endereço, e identificação de criança sob risco, além de registro em prontuário clínico.

A ficha espelho de puericultura será elaborada pela médica da UBS, tendo como modelo a ficha espelho disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e constará de dados antropométricos (peso, comprimento/altura), idade, padrões de desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação, status de suplementação de ferro e aleitamento materno, teste do pezinho, teste da orelhinha, consultas e agendamentos, atendimento odontológico e dados sobre planejamento familiar como paridade da mãe e método anticoncepcional usado atualmente, se não estiver em uso de nenhum método anticonceptivo será proposto iniciação de um método de alto eficácia para a mãe.

Estima-se alcançar com a intervenção no mínimo 116 crianças (80%) moradoras da área de abrangência, divididas em 6 microáreas. Fazer-nos-emos contato com a gestão municipal para aquisição de 145 (100%) fichas espelho e impressão do protocolo Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento para permanecer como fonte de consulta na unidade. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico, toda criança cadastrada participante do programa realizará a primeira consulta programática agendada e organizada por microárea, à convite dos ACS, onde serão preenchidas pela recepcionista/secretária em ficha espelho os dados cadastrais de nome e idade e dados do responsável. A recepcionista também ratificará sobre a importância do programa aos responsáveis das crianças e fornecerá orientações sobre a prevenção de acidentes na própria sala de espera. As 2 técnicas de enfermagem, funcionárias da UBS, serão responsáveis pela extração de dados antropométricos das crianças e compilação das vacinas para a ficha espelho sendo observado atrasos vacinais, o infante será vacinado de imediato na própria UBS.

À consulta médica serão submetidos à avaliação de crescimento e desenvolvimento, monitoramento dos dados antropométricos, avaliação da suplementação de ferro, aleitamento materno e agendamento para próxima consulta, com todos esses dados repassados à ficha espelho, além de certificar o intuito do programa e as vantagens do trinômio Mãe/Responsável – Criança - Programa saúde da criança. Os infantes de 6 meses a 6 anos farão consulta de odontologia após a consulta médica, de preferência no mesmo turno ou em consulta agendada pela equipe de saúde bucal na semana que segue, além da transcrição dos dados de atendimento à ficha espelho em conjunto ao prontuário.

O enfermeiro e a médica analisarão os faltosos agendados para as consultas no livro de consultas e a partir da primeira consulta, os faltosos serão reconhecidos pela ficha espelho e pelo livro de consultas, e será programado novo convite aos faltosos e possibilidade de consulta em visita domiciliar. Será

realizada visita domiciliar com toda a equipe a esta família se mais de 2 faltas às consultas clínicas na UBS ou não adesão continuada ao programa ou verificação de risco domiciliar a saúde do infante como, exposição a qualquer forma de violência de natureza física, sexual e psicológica, assim como a negligência ou abandono. Aos recém-nascidos, menores de 7 dias de vida, será realizada visita domiciliar por toda a equipe, com realização do teste do pezinho em domicílio e preenchimento da ficha espelho e todos seus tópicos correspondentes para idade e garantia do acompanhamento em UBS subsequente.

A análise situacional e o foco de intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS, assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento para que toda a equipe utilize essa fonte como referência na atenção à saúde da criança. Essa capacitação ocorrerá na própria unidade de saúde, sob a orientação e supervisão da médica e do enfermeiro, utilizando o período vespertino das segundas-feiras e sextas-feiras, e realocando a visita domiciliar destes horários para dias posteriores, e se houver necessidade ampliaremos a capacitação para mais um dia da semana a definir com a equipe.

Durante a qualificação da prática clínica, serão treinados os ACS em conjunto com toda a equipe para identificação ou busca das crianças faltosas, orientações sobre a importância da puericultura, prevenção de acidentes, situações de violência à criança, alimentação saudável, aleitamento materno e práticas de correção da pega inadequada, estimulação dos pais ou responsáveis para garantir acompanhamento contínuo da criança no programa, capacitação para realizar acolhimento do infante conforme Políticas de Humanização, garantir atualização do cadastro dos pacientes em registro adequado, inclusive na ficha espelho, das vacinas ministradas e seu aprazamento, identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança, com treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança e técnicas adequadas para realização destas medidas.

Outros temas estão relacionados a aptidão de todos os profissionais de enfermagem da UBS para realização do teste do pezinho e ratificar atualização da médica para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do MS. Orientar a importância do atendimento em saúde bucal com monitoramento da adesão das crianças ao tratamento, e realizar encaminhamento das crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico com identificação das faltosas deste ambulatório; compactuar com a cirurgiã dentista e equipe odontológica para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade e oferecimento de orientações de higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, além de preparação da equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Será solicitado ao gestor municipal o fornecimento de 145 escovas dentárias e o equivalente em pastas dentárias para ser fornecido a cada criança atendida no ambulatório odontológico, além da aquisição de balança tipo gancho para lactentes para medidas de comprimento. Em menores de 2 anos será utilizado o infantômetro ainda não presente na unidade, porém já solicitado à gestão para aquisição e medidas a partir deste serão realizadas em consultório clínico ao atendimento médico devido a presença de apenas uma maca na UBS. Tais dados antropométricos serão cruzados em gráfico na ficha espelho e no cartão da criança durante o acolhimento pela equipe técnica de enfermagem.

Ficará reservada 3 vagas de atendimento médico para os quadros agudos durante o período de atendimento da puericultura. O atendimento ocorrerá durante o período vespertino, uma vez por semana, com média de 13 crianças agendadas em cada programação, totalizando média de 52 crianças/mês.

A primeira apresentação do projeto à comunidade foi feita anteriormente ao cronograma oficial, através de palestras lúdicas em uma praça local em conjunto com a igreja, tendo o apoio da secretaria municipal de saúde e oportunizando a vinculação propagandista do programa de puericultura nos projetos Saúde Itinerantes Locais esclarecendo a importância

da realização deste acompanhamento periódico e regular enfático na prevenção; e a divulgação mais informal será realizada através do convite dos ACS em suas visitas domiciliares.

O engajamento público terá enfoque desde o atendimento pré-natal das mães no 3º trimestre gestacional à toda comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, informando às mães ou responsáveis sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, através de orientações individuais, coletivas e palestras com temas como prevenção de acidentes na infância, aleitamento materno, obesidade infantil, desnutrição, atualização do calendário vacinal e importância das vacinas.

Tais orientações serão apresentadas em projeção de slides (datashow) na sala de espera todas as quintas-feiras, antes, durante e após as consultas clínicas. As palestras serão apresentadas pelo enfermeiro em rodizio com os ACS. Após as palestras, as crianças que permanecerão ainda em aguardo da consulta clínica ou odontológica aguardarão escutando músicas lúdicas ou DVDs educativos (no notebook pessoal do enfermeiro ou da médica) de entretenimento infantil.

As palestras em escolas ou creches serão agendadas a cada 30 dias de acordo com a disponibilização de horário pela coordenação da escola, tendo como temas os mesmos apresentados na UBS além da saúde bucal, obesidade infantil, violência contra a criança, hábitos de higiene, e ao fim das palestras será aberto mesa de discussão sobre o tema ou esclarecimento de dúvidas.

A comunidade será ouvida sobre estratégias para melhoria na acessibilidade e atendimento, colocando-se essas sugestões em ata a ser discutida nas reuniões da equipe. Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social em conjunto, entenderem o significado das curvas e medidas da avaliação e acompanharem regularmente o crescimento e desenvolvimento de seus filhos, identificando sinais de anormalidades, atrasos vacinais e coexistência de segunda via de registros de vacinais na ficha

espelho, entenderem a importância da suplementação de ferro, os cuidados de higiene bucal e regularidade no atendimento e conclusão de tratamento odontológico às crianças de 6 a 72 meses.

Orientar pais e responsáveis sobre a existência da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste em capital do Estado. Ratificar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida. Promover a participação de membros da comunidade e da creche através de convite pela equipe de saúde na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças, divulgando as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar e sensibilizando cuidadores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas creches da área de abrangência da unidade de saúde.

O monitoramento destas ações será realizado semanalmente pelo enfermeiro e a médica que examinarão as fichas-espelho da puericultura identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente de saúde responsável por cobrir a microarea daqueles faltantes será acionado em busca dos faltosos, e já agendará a consulta para um dia de conveniência àquela família, e se porventura a família/responsável não puder se dirigir à UBS nos dias de programação da puericultura, este acompanhamento será realizado excepcionalmente em outro turno de atendimento para evitarmos perdas.

Ao final de cada semana as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica, no livro controle da ficha espelho e no livro de consultas pela médica da UBS. À disponibilização de dados referentes a identificação de crianças sob risco, faltosas e agendamento de primeira consulta será compartilhada com toda equipe semanalmente às tardes de sexta-feiras, anteriormente às visitas domiciliares ao qual pertencem este horário, e os dados completos consolidados em planilha eletrônica serão expostos quinzenalmente a toda equipe utilizando todo o período vespertino das sexta-feiras .

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Ao fim da 12ª semana de implantação do projeto de intervenção em Saúde da Criança na UBS Maria de Fátima, observou-se um enorme progresso desta atenção voltada ao atendimento e acompanhamento das crianças pertencentes a área de abrangência desta unidade.

Estamos conseguindo incorporar essa atividade à rotina da comunidade e da equipe, o que foi percebido pelo comparecimento mais freqüentes dos pais em comparação as consultas de retorno do início da intervenção, a própria presença ao ambulatório a partir do convite dos ACSs, um sorriso ao fim de cada atendimento como gestos positivos, maior número de perguntas ao ambulatório e nas palestras. Todos esses fatores somaram-se para demonstrar maior envolvimento com o programa e transformaram os pais como autores e co-autores do projeto da Tarde da criança e da vida de seus filhos, assim contribuíram grandiosamente para o engajamento público desta comunidade à unidade de saúde.

Não foi notado até o presente momento nenhuma insatisfação declarada de nenhum membro da equipe, mas sempre lidamos com palavras de agradecimentos e reforçando o trabalho em conjunto cada vez mais positivo acompanhado das palavras de ajustes. Observamos que há mais pontos favoráveis no andamento do programa da Tarde da criança e que apesar do pouco tempo de implantação, a equipe mostra-se unida para que esse trabalho aconteça de forma satisfatória.

Outro aspecto importante abordado até o momento é a boa relação desenvolvida com alguns comerciantes locais, que sabem da existência do

programa pela propaganda dos ACSs, pela propaganda na UBS e pelos comentários da comunidade, e nos apoiaram através de doações de frutas e alguns alimentos que estão sendo oferecidos às crianças a espera do atendimento ambulatorial. Essa propaganda gratuita é de fácil vinculação em uma cidade pequena, o que facilita a propagação de informações para a comunidade.

Outra parceria importante é com o pastor da igreja local, ele e sua esposa apoiam o programa e algumas vezes trabalham com os pais ou responsáveis na própria sala de espera dos ACSs e também com os pacientes adultos que buscam atendimento em livre demanda. Ele orienta baseado em temas bíblicos sobre a parcimônia no educar as crianças e com os adultos o tema exposto é sempre em relação a drogas lícitas e ilícitas. O pastor trabalha no seu dia-a-dia com a reintegração a sociedade de jovens e suas famílias destruídas pelas drogas.

A comunidade que atuamos é afogada na violência fruto da pobreza que vivem, e a figura do pastor em nosso programa é de extrema importância para suscitar temas que vão além do acompanhamento de nossos infantes, orientando assim os jovens pais em busca de uma vida menos desgarrada de valores e princípios, na busca da quebra do elo da pobreza e violência embasada também na religião.

A avaliação de dados antropométricos como peso, altura/comprimento, IMC ocorreu conforme orientação e treinamento da capacitação da equipe, e a precisão destes dados avaliados através da avaliação do crescimento e déficits ou excesso de peso foi satisfatório e sem intercorrências. A continuidade do cuidado das crianças com esta avaliação em alteração ou em risco de anormalidade foi complementado com a presença da nutricionista do NASF.

A demanda a nutricionista foi tamanha e o relato de dificuldades das mães no agendamento para consulta com esta profissional, garantindo assim a multidisciplinaridade, resultou em uma modificação na agenda da profissional da nutrição e agora esta atende ambulatorialmente na própria UBS Maria de Fátima ao período da terça à tarde, com priorização das crianças da puericultura e aberto aos pacientes somente da área de abrangência

encaminhados pela médica da unidade (hipertensos, diabéticos, obesos e dislipidêmicos).

Um ponto a se destacar é a comunicação direta e livre com a gestão nas figuras das pessoas da secretária de saúde e da coordenadora geral das UBS do município. Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas e que cercam os cargos administrativos, observa-se atitudes de melhorias e auxílio para realização das estratégias do programa de saúde da criança da UBS Maria de Fátima. Notou-se um olhar especial da gestão ao programa com as características a serem implantadas nas outras UBS exemplificando a experiência vivida por esta equipe.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Entre as ações que não foram desenvolvidas e que foram relatadas ao gestor foi em relação ao papel da triagem auditiva do teste do ouvidinho. Essa avaliação só é realizada na capital do Estado, e como a maioria dos nossos recém-nascidos nasce na capital e na maternidade referência do Estado e mesmo assim não são submetidos a esta avaliação, há um forte argumento contra a iniciação desta avaliação no hospital local, talvez em razão dos custos de um fonoaudiólogo (profissional inexistente no município) ou da aquisição do aparelho para realização da avaliação neonatal. No entanto, as mães que fazem acompanhamento pré-natal em nossa UBS estão sendo informadas da existência desta avaliação como sendo rotineira a todo recém-nascido e aconselhando-as a exigir a realização do mesmo a seus filhos na maternidade referência.

Na última reunião com a gestão e demonstração dos dados em andamento do programa de puericultura, foi demonstrado interesse para implantação desta ação em virtude da necessidade em geral do município e impulsionado pelos números ruins registrados nesta ação.

Além do mais, outra ação que não foi desenvolvida foi a orientação coletiva na creche sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries, onde 0% das mães/responsáveis receberam essa informação. Entretanto, ressalta-se que essa orientação as mães ou responsáveis de forma coletiva ocorreu no âmbito da UBS durante a apresentação do Projeto de Puericultura à comunidade, no dia da festa do dia das crianças que contou com mais de 200 pessoas, porém não foi incorporada aos dados por ter sido atividade não realizada oficialmente na creche, entretanto houve efetivação desta informação.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores

Houve dificuldade encontrada em relação ao cadastro dos novos membros do programa (recém-nascidos ou novo morador), fato que nem sempre foi atualizado pelo ACS e sabido muitas vezes através do atendimento destes nas consultas diárias de livre demanda. Porém, esse novo paciente foi logo incorporado ao programa na mesma consulta de livre demanda e somado à consulta em puericultura ao infante. Este fato é comunicado ao enfermeiro da UBS sempre que ocorre e tem-se notado uma redução dessas situações e assim aprimoramento nos registros, no entanto não se sabe se este número tem-se reduzido por uma maior atualização cadastral por parte dos ACSs ou porque o novo morador ou os pais dos RN não estão buscando a UBS, logo ainda não foram identificados.

Os fatos acima sempre são levantados durante as reuniões dos ACS pelos próprios ACSs ou conduzidos pela técnica de enfermagem, a qual é um dos membros da equipe mais envolvido com projeto, inclusive com inovações de sugestões e críticas contínuas. A médica da equipe tem uma boa relação com todos os membros da equipe e reforça a estratégia de fortalecimento dos pontos fracos de forma individual, em abordagens sutis e construtivas durante

uma pausa na copa da UBS, no corredor do banheiro, no consultório ou na própria sala dos ACSs.

Outras dificuldades encontradas foram em relação aos dados da planilha eletrônica que são revisados e analisados semanalmente pela médica da UBS e informalmente comunicado ao enfermeiro sobre quais metas devem ser melhoradas e quais estão em melhor andamento. Este se prontifica a informar os ACSs e agilizar pelas melhorias dos detalhes do programa. A dificuldade encontrada com o cuidado dos registros foi a centralização deste papel na figura da médica da UBS.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

Apesar do envolvimento da equipe, ainda temos dificuldades com alguns membros em se oferecer para dedicação completa ao ambulatório. Isso sobrecarrega outros membros e nos expõe a situações desagradáveis de cobranças e lembretes das tarefas de cada um, algo que já fora atribuído anteriormente na capacitação da equipe.

Outro ponto apreensivo no andamento do programa é a instabilidade da equipe de saúde bucal na UBS. Todo mês a secretaria de saúde nos fornece um novo odontólogo e uma nova Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou a UBS fica sem nenhum dos dois profissionais, e quando o enfermeiro vai explicar sobre o programa de puericultura a estes, troca-se de dentista ou troca-se a equipe toda, sem pesar os dias que ficamos sem esse profissional na UBS até a chegada de nova equipe.

Este fato já foi questionado com a coordenadora da UBS Maria Fátima e com a coordenadora geral dos módulos de saúde do município. O que nos foi informado é que o profissional dentista não permanece em algumas UBS do município, pois os mesmos têm apenas contratos provisórios e a dentista da própria UBS assumiu a gerência administrativa da equipe de saúde bucal do município e atende apenas ao período da manhã. Por isso a continuidade destes profissionais de forma contínua e de novas equipes para reforçar o trabalho desta ação é de fundamental importância.

No entanto, este fato é comunicado aos pais durante as consultas de puericultura sobre a necessidade do acompanhamento em conjunto com a equipe de odontologia, para um atendimento mais global e que este também faz parte do atendimento e acompanhamento das crianças. Plantando-se assim a percepção que estes também são responsáveis pelas melhorias do programa em conjunto com toda a equipe e que as devidas cobranças devem ser feitas de todos os lados para os gestores, reforçando a idéia de engajamento público.

Em relação à primeira consulta de recém-nascidos antes dos 7 dias de vida, esta ação foi outra que merecerá uma melhor estratégia na continuidade do programa em razão das dificuldades encontradas em sua implantação. Entre elas a captação de todas as grávidas no pré-natal de terceiro trimestre, em virtude que algumas de nossas grávidas realizam o pré-natal na capital ou o fazem em consultório particular, e assim não há um contato ou informação contínua do ACS para a data do parto e a chegada do recém-nascido para primeira consulta de puericultura no período neonatal precoce. O registro dessas grávidas, mesmo as que não são acompanhadas na UBS, deve ser avaliado com mais periodicidade para flagrar o momento da data do parto de nossas grávidas e agendar prontamente a visita domiciliar do binômio mãe-filho.

No que concerne a suplementação de ferro, esta também foi uma ação parcialmente realizada como prevista. Primeiramente que o fornecimento deste xarope não era oferecido na própria UBS, pois os frascos ficam armazenados na única farmácia central do município. Não existe farmácia em nenhuma UBS da zona urbana, logo existiu uma dificuldade para os dados deste registro. Essa preocupação dos dados foi sanada em virtude da suplementação de crianças entre 6 a 18 meses já ter sido iniciada bem antes da implementação do programa de puericultura, logo a maioria das crianças já estava sob suplementação de ferro à primeira consulta de puericultura e o registro confiavelmente contabilizado.

A ideia sugerida à Secretaria Municipal de Saúde é a possibilidade de ofertar a esta UBS amostras de xarope de sulfato ferroso para serem entregues na própria unidade durante a avaliação dos novos infantes. Assim

garantiríamos o registro adequado regular desta ação e a certeza de sua realização com a oferta do xarope as crianças que entrarão na idade de suplementação.

Ressaltando que a suplementação de ferro profilática também é realizada em bebês menores de 6 meses em que as mães não mantiveram o aleitamento materno e sofreram desmame precoce ou nos prematuros mesmo sob aleitamento materno exclusivo (a partir do 1º mês). Entretanto, estas crianças não entraram nos dados dos indicadores por não pertencerem a faixa etária de 6 a 72 meses, apesar de estarem sendo suplementados com sal de ferro.

Em relação a atualização do calendário vacinal foi outra ação que parcialmente foi ofertada. As crianças com detecção de algum atraso vacinal já são prontamente acionadas a se dirigir a sala de vacinas para garantir a atualização da caderneta vacinal da criança. Entretanto, muitas vezes quando isso ocorreu a UBS deixou de ofertar aquela vacina em virtude da falta desta na unidade e muitas vezes em outras UBS. A estratégia muitas vezes foi que a técnica de enfermagem da sala de vacinas entrava em contato com outra UBS para garantir a vacinação da dose da vacina atrasada ou que deveria ser ofertada. Quando mesmo assim esta também não tinha êxito no contato com outra UBS, solicitava-se o telefone de contato daquela mãe/responsável para acioná-la a chegada da vacina na UBS.

Os fatos anteriores foram comunicados a representante da Secretaria Municipal de Saúde sobre a falta de vacinas e o conseqüente prejuízo a comunidade e não apenas ao programa de saúde da criança. A resposta foi a resolução deste fato o mais breve possível pela priorização destas ações.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Após a implementação de 12 semanas de atuação do projeto de Puericultura - Saúde da Criança, chegamos ao equivalente a 95,9% (139) de acompanhamento do total das crianças entre 0 a 72 meses de idade pertencentes à área de abrangência desta UBS. A população total da área adscrita é em torno de 2.446 pessoas e destas, 145 fazem parte da população alvo foco da intervenção. Durante a evolução ao longo de 3 meses de intervenção, observou-se ascensão do número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de saúde da criança, sendo que no 1º mês tínhamos 52 (35,9%) crianças inscritas, ao 2º mês 86 (59,3%) e ao 3º mês 139 (95,9%), conforme figura 1.

A meta para este indicador era o de ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 80%, portanto foi atingida. Apesar do pouco tempo de implantação dessa atenção na UBS Maria de Fátima o resultado da intervenção foi surpreendente (95,9%) em virtude do programa de puericultura ter iniciado sob nenhuma base anterior aos 9 anos de funcionamento da UBS e nenhum projeto ou programa voltado aos infantes fora realizado anteriormente. A continuidade do programa ampliará ainda mais o acompanhamento desta população alvo.

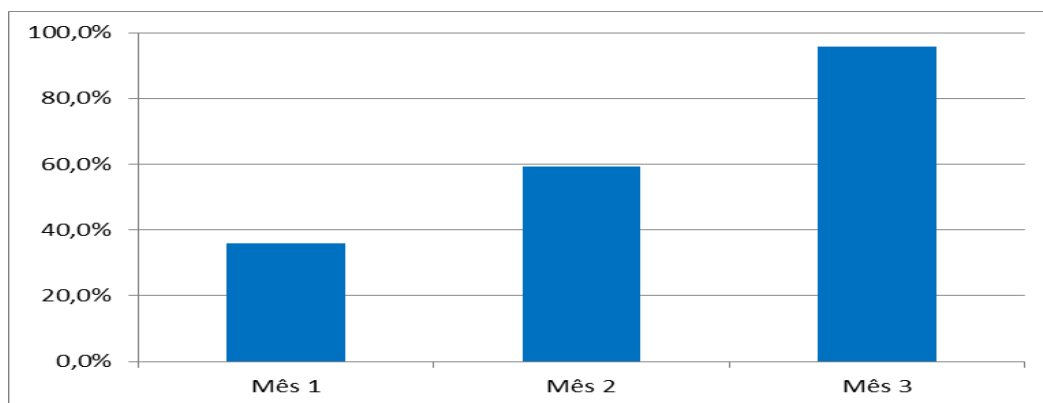


Figura 1: Proporção de crianças inscritas no Programa de Puericultura da USF Maria de Fátima

Em relação aos recém-nascidos (RN), tivemos 5 RN com realização de primeira consulta em menos de 7 dias de vida, o equivalente a 3,5% do total da amostra. Todas estas consultas foram realizadas em visita domiciliar. No 1º mês de intervenção, tivemos apenas 1 recém-nascido na área de abrangência para realização da primeira consulta em menos de 7 dias, porém este por ser nascido de parto cesáreo em capital do Estado, demorou ao retorno de sua casa por complicação obstétrica da mãe (infecção de ferida operatória), permanecendo internado na maternidade em conjunto com a mãe, retornando apenas ao 10º dia de vida para sua casa no município de Plácido de Castro, onde foi realizada a primeira consulta em puericultura. Logo, a porcentagem de crianças consultadas na 1ª semana de vida foi o equivalente a 0% no 1º mês. Ao 2º mês, 1 recém-nascido (1,2%) e ao 3º mês 4 recém-nascidos totalizando (2,9%), conforme figura 2.

Uma possibilidade para o baixo valor da proporção desta amostra é que a maioria das crianças acompanhadas neste ambulatório nunca foram acompanhadas anteriormente em seu processo de crescimento e desenvolvimento, sendo submetidos apenas a consultas clínicas curativas relativas às queixas da mãe ou freqüentando a UBS ao fim do primeiro mês de vida para atualização do status vacinal.

Somente a partir do ambulatório de puericultura estes recém-nascidos estão sendo acompanhados globalmente em caráter curativo e preventivo, com busca das grávidas desde o pré-natal e orientação as mesmas a respeito da importância do acompanhamento precoce de seus recém-nascidos.

A meta para este indicador seria realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 80% das crianças cadastradas, portanto não foi atingida. Com a concretização do ambulatório de puericultura na rotina da UBS e da comunidade, espera-se que a proporção de crianças com realização de primeira consulta antes dos 7 dias de vida aumente com o acompanhamento periódico do programa da saúde da criança nesta UBS.

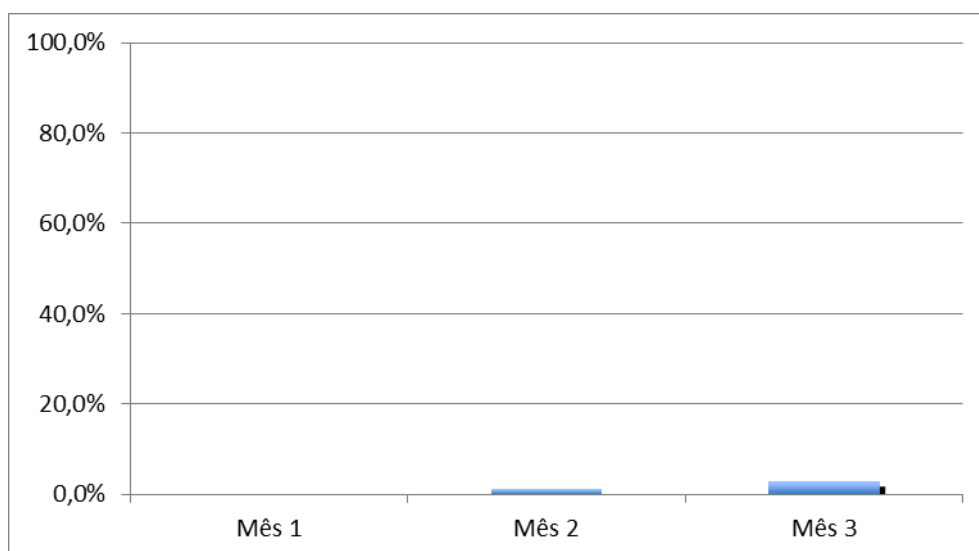


Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida da USF Maria de Fátima

A ação coletiva em saúde bucal ocorreu apenas no 3º mês de intervenção na creche Casinha do Saber, a creche pública mais próxima da UBS, e onde estão matriculados 126 alunos. Estes apresentam faixa etária de 3 a 7 anos, ou seja, o grupo de pré-escolares e escolares. A creche funciona em dois turnos (manhã e tarde) e os pré-escolares geralmente ficam em período integral na creche. Convidamos para nos auxiliar na programação os alunos do último período do curso de Auxiliares de Consultório Dentário do Instituto Dom Moacyr, órgão vinculado ao Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC). Na interseção entre as crianças frequentadoras da creche e em acompanhamento no ambulatório de puericultura foram identificadas 21 crianças, e destas 12 (57,1%) participaram desta ação, conforme figura 3. O número aparentemente restrito de crianças frequentadoras da creche e participantes do ambulatório de puericultura deve-se que a maioria das mães são as próprias cuidadoras de seus filhos em tempo integral. Contribuiu também a idade mínima de 3 anos para matricular-se na creche, e assim os menores de 3 anos foram excluídos da amostra.

Essa ação não ocorreu nos meses anteriores da intervenção devido a problemática de trocas de odontólogo ou de membros da equipe da saúde bucal. A meta para este indicador era o de ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 80%

das crianças de 6 a 72 meses de idade da creche foco da intervenção da área de abrangência, logo não foi atingida. No entanto, considerou-se o resultado satisfatório devido ao número expressivo de crianças acompanhadas (57,1%) nesta única e pontual abordagem na creche, com perspectiva de melhorias na intersetorialidade saúde e educação, odontóloga e ACDs, equipe de saúde bucal e ambulatório de puericultura e assim transformar em longitudinalidade a abordagem realizada neste dia.

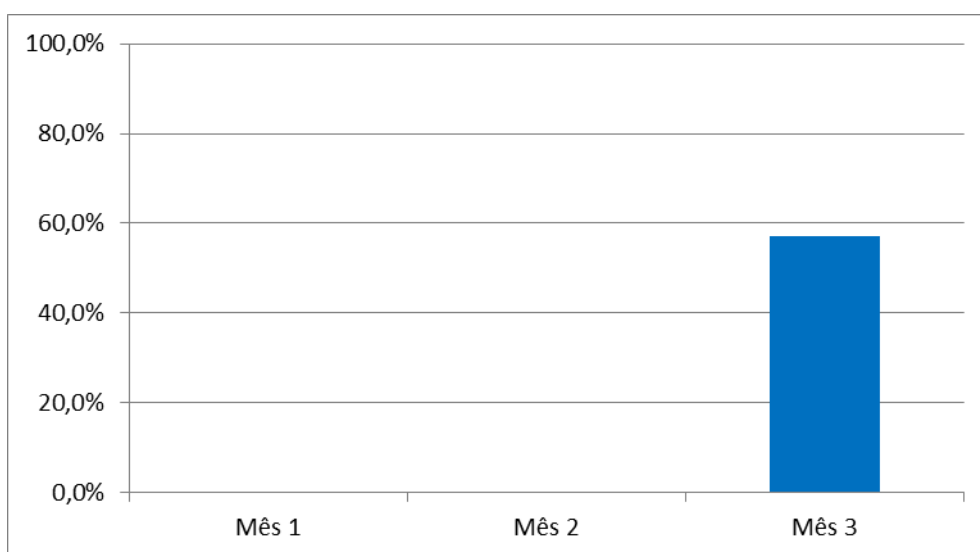


Figura 3: proporção de cobertura de crianças de 6 a 72 meses frequentadoras de creche e participantes de saúde bucal coletiva na USF Maria de Fátima

Ainda em relação a saúde bucal, foram identificadas 122 crianças entre 6 e 72 meses de idade e destas, apenas 21 realizaram primeira consulta odontológica, o equivalente a 17,2% do total. No 1º mês 6 (12,2%) crianças realizaram a primeira consulta odontológica, no 2º mês 20 (24,7%) e no 3º mês 21 (17,2%), conforme figura 4. A meta para este indicador era ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 80% das crianças moradoras da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade, em suma não foi atingida. Infelizmente a equipe de saúde bucal, principalmente na figura da odontóloga e de alguns membros da equipe de saúde bucal, sofreu várias mudanças prejudicando a continuidade do acompanhamento em conjunto das crianças globalmente. Com a continuidade do projeto nesta UBS espera-se regularidade da equipe de saúde bucal e um maior diálogo com a equipe clínica, com projetos e sugestões planejados bilateralmente.

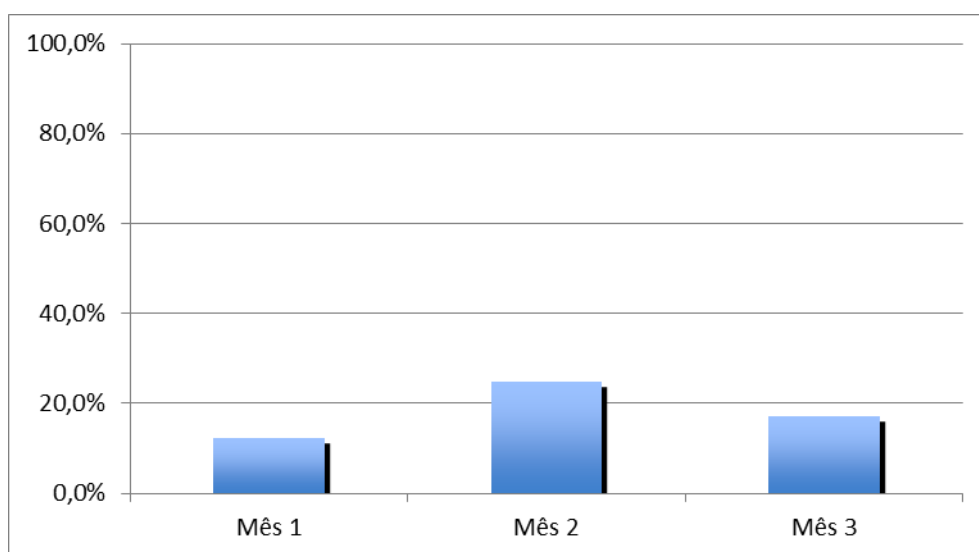


Figura 4: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica na USF Maria de Fátima

Entre as 47 crianças que realizaram primeira consulta odontológica, 5 foram classificadas como alto risco, o equivalente a 23,8%. No 1º mês, foram atendidas 6 crianças no ambulatório odontológico e apenas 1 (16,7%) foi classificada como de alto risco. No 2º mês, das 20 crianças atendidas, apenas 5 (25%) foram de alto risco e no 3º mês dos 21 infantes atendidos 5 (23,8%) foram identificados como alto risco bucal, conforme figura 5. A meta para este indicador era ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica em 80% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais, dessa forma não foi atingida. Porém, observou-se um crescimento do número de crianças acompanhadas e diagnosticadas como alto risco de saúde bucal, sendo considerado um progresso em ascensão e com a continuidade do programa na UBS a tendência é a continuidade de crescimento dos dados.

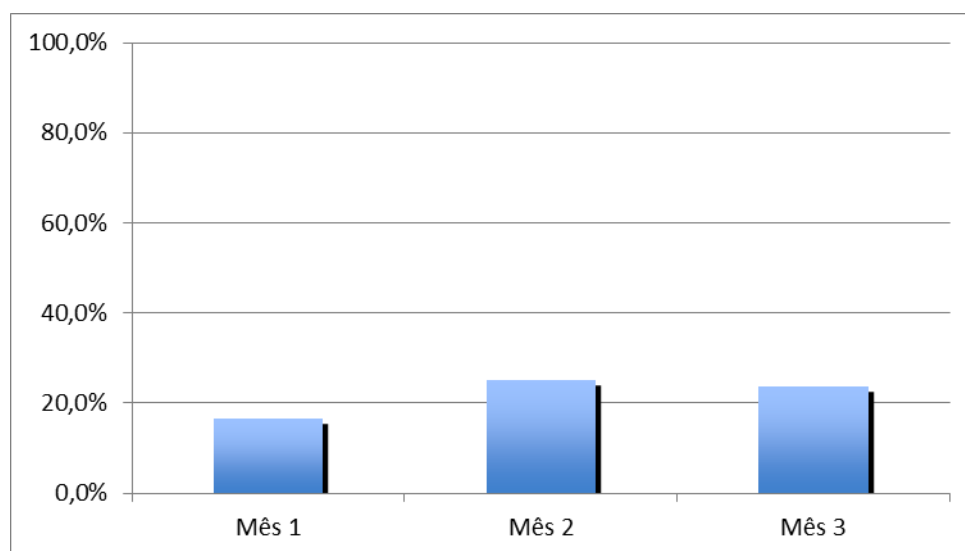


Figura 5: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco de saúde bucal na USF Maria de Fátima

Entre o total de crianças da população alvo, 58 delas faltaram ao convite realizado pelos ACS, sendo realizada a busca ativa com êxito em 11 crianças faltosas, o equivalente a 50% da busca ativa. Esses números foram representados com 13 faltas e 6 buscas ao primeiro mês de implantação do projeto totalizando (46,2%), ao segundo mês foram 23 faltas e 11 buscas (47,8%) e ao terceiro mês foram 22 faltas e 11 buscas (50%), conforme figura 6. Esses dados demonstram uma tendência de aumento das buscas no decorrer de implantação do programa de puericultura, intensificando essa estratégia da busca ativa aos faltosos.

A meta para este indicador era o de fazer busca ativa em 100% das crianças faltosas às consultas, portanto não foi atingida. Apesar disto, a equipe considerou o resultado satisfatório em virtude da melhoria a cada mês subsequente da base de dados e também que a busca ativa anteriormente nunca fora realizada nesta unidade, alavancando mais uma estratégia a ser firmada na equipe da UBS. Além de que com a continuidade do programa ampliará ainda mais os convites e busca ativa desta população alvo.

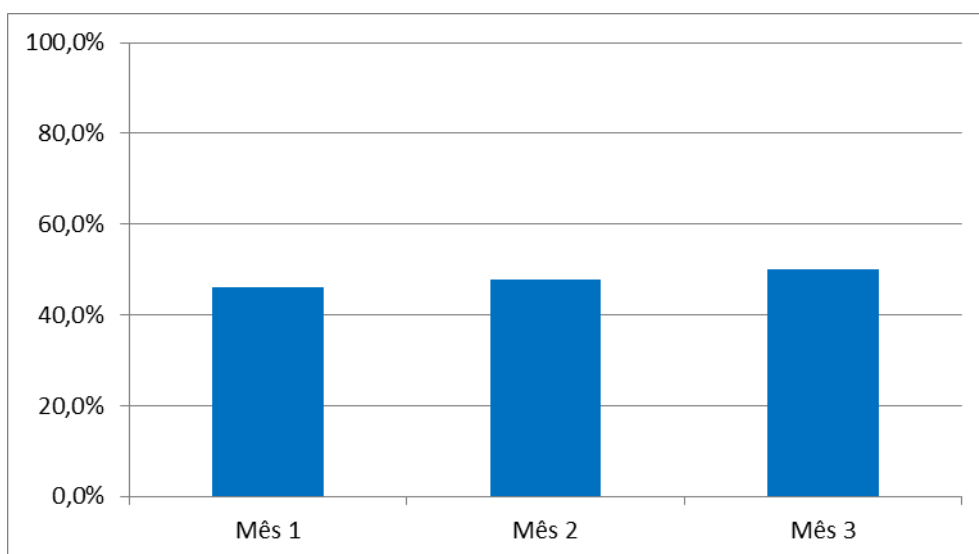


Figura 6: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança na USF Maria de Fátima

Às buscas dos faltosos de primeira consulta odontológica foram identificados 6 faltosos e destes 5 (83,3%) infantes foram resgatados para realização da consulta programada do total. No 1º mês foram identificados 2 faltosos e a busca ativa foi realizada em 100% dos casos, no 2º mês foram identificados 5 faltosos e em 100% dos casos foi feita a busca ativa e no 3º mês dos 6 faltosos foi realizado a busca de 5 (83,3%) deles, conforme figura 7.

A meta para este indicador era fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas, assim não foi atingida. Entretanto, os dados totais demonstram a relevância das buscas existentes e afirmam a positividade do programa com um cuidado a mais com os pacientes faltosos garantido pelo princípio de equidade do SUS.

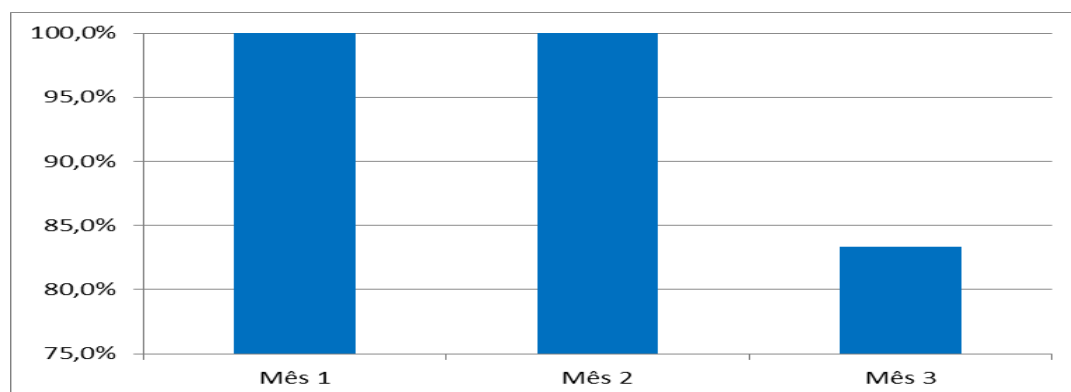


Figura 7: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas na USF Maria de Fátima

Ao monitoramento do crescimento foram avaliadas 89,9% das crianças, o que equivale a 125 infantes no total. No 1º mês foram avaliadas 42 (80,8%) crianças com dados de peso, comprimento/altura, no 2º mês 71 (82,6%) crianças e no 3º mês 125 (89,9%) crianças, conforme figura 8. A meta para este indicador foi monitorar o crescimento em 100% das crianças, logo não foi atingida. No entanto, conseguiu-se um valor próximo do ideal da meta e com perspectivas extremamente positivas de alcançá-la em breve com a continuidade do programa. Entre os fatores que contribuíram para o bom desfecho desta ação foi a padronização rígida da equipe quanto a aferição das medidas antropométricas em todas as crianças que foram consultadas no ambulatório.

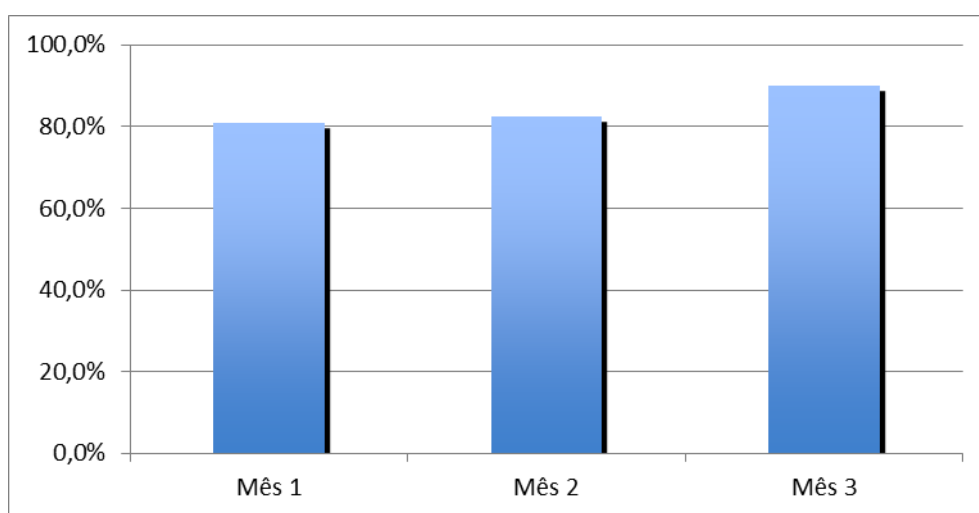


Figura 8: Proporção de crianças com monitoramento do crescimento na USF Maria de Fátima

Ao monitoramento do peso, 9 crianças foram identificadas com déficit de peso e todas (100%) estão em avaliação mais criteriosa pela equipe de saúde. No 1º mês foi identificada 1 criança apenas com déficit ponderal, no 2º mês 2 crianças e ao 3º mês 9 crianças, conforme figura 9. A meta para este indicador foi monitorar 100% das crianças com déficit de peso, logo foi atingida com êxito. A equipe continuará monitorando essas crianças e todas estão em acompanhamento conjunto no NASF com a nutricionista. Entre os fatores que contribuíram para o bom desfecho desta ação também foi a padronização da

equipe quanto a aferição das medidas antropométricas em todas as crianças que foram consultadas no ambulatório.

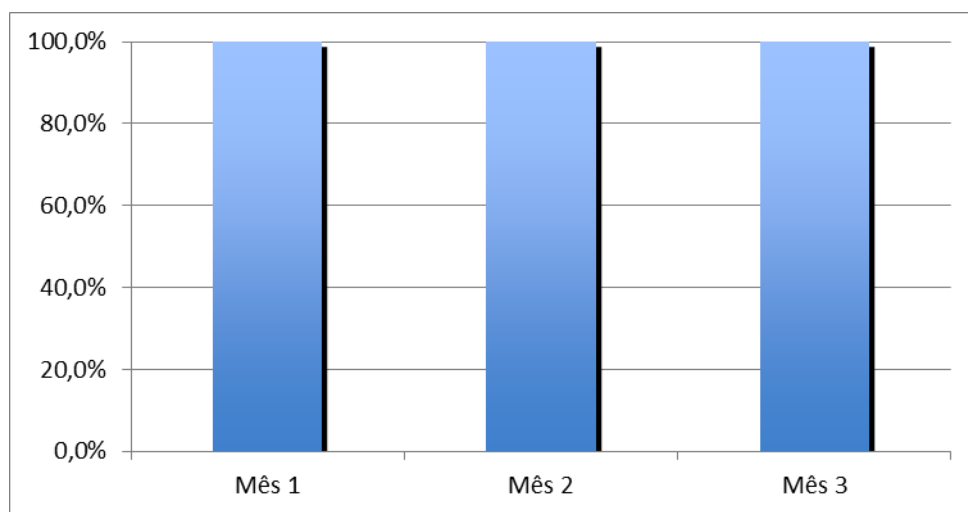


Figura 9: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na USF Maria de Fátima

Em relação ao excesso de peso, foram identificadas 8 crianças e destas (100%) estão também em avaliação mais rigorosa pela equipe. No 1º mês foram identificadas 3 crianças com excesso de peso, no 2º mês 5 crianças e ao 3º mês 8 crianças, conforme figura 10. A meta para este indicador foi monitorar 100% das crianças com excesso de peso, portanto foi atingida com êxito.

Todas estas crianças foram encaminhadas à nutricionista do NASF para acompanhamento em conjunto, além dos mesmos e seus responsáveis serem prioridade ao convite para às consultas de retorno. Esses dados relativos à avaliação nutricional reflete a tendência atual da obesidade infantil e/ou sobrepeso como epidemia mundial, doença marcante outrora de países desenvolvidos, demonstrando ainda que o Brasil convive com o presente e o passado de mazelas nutricionais na figura da desnutrição infantil e atualmente a obesidade. Entre os fatores que contribuíram para o bom desfecho desta ação foi além da padronização da equipe quanto a aferição das medidas antropométricas, a conscientização da equipe e dos pais dos infantes quanto o status doença da obesidade e com isso a necessidade de um acompanhamento para esta patologia.

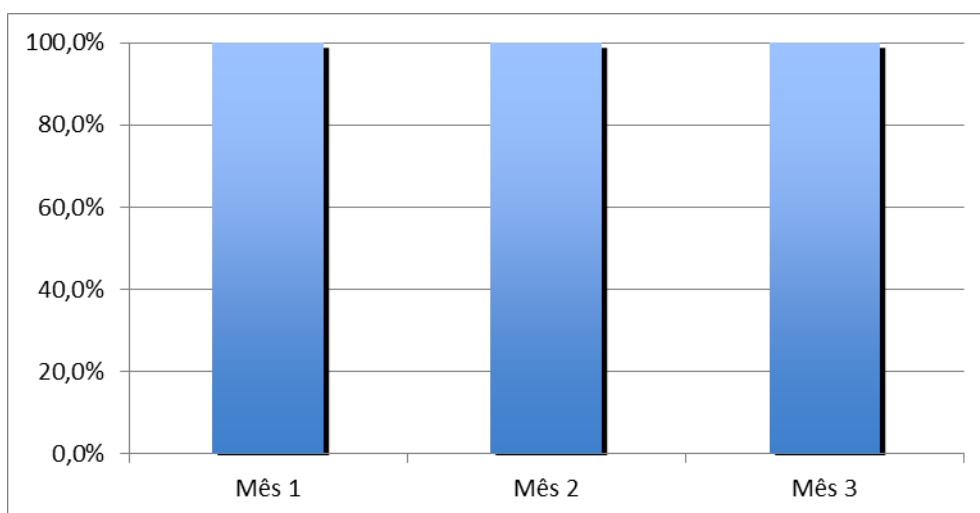


Figura 10: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas na USF Maria de Fátima

Ao monitoramento do desenvolvimento foram avaliadas 125 crianças, o equivalente a 89,9% da amostra populacional alvo total. No 1º mês foram identificadas 42 (80%) crianças com avaliação do desenvolvimento, no 2º mês 71 (82,6%) crianças e ao 3º mês 125 (89,9%) crianças, conforme figura 11. A meta para este indicador foi monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças, portanto não atingida. Entretanto, conseguiu-se um valor próximo do ideal da meta e com perspectivas de alcançá-la em breve com a continuidade do programa e manutenção do compromisso da equipe com a comunidade. Entre os fatores que contribuíram para o bom desfecho desta ação foi o próprio compromisso do familiar responsável em levar seu filho à consulta de puericultura. No consultório era feito de rotina a avaliação do desenvolvimento dos infantes e por isso conseguimos um resultado satisfatório no acompanhamento do desenvolvimento.

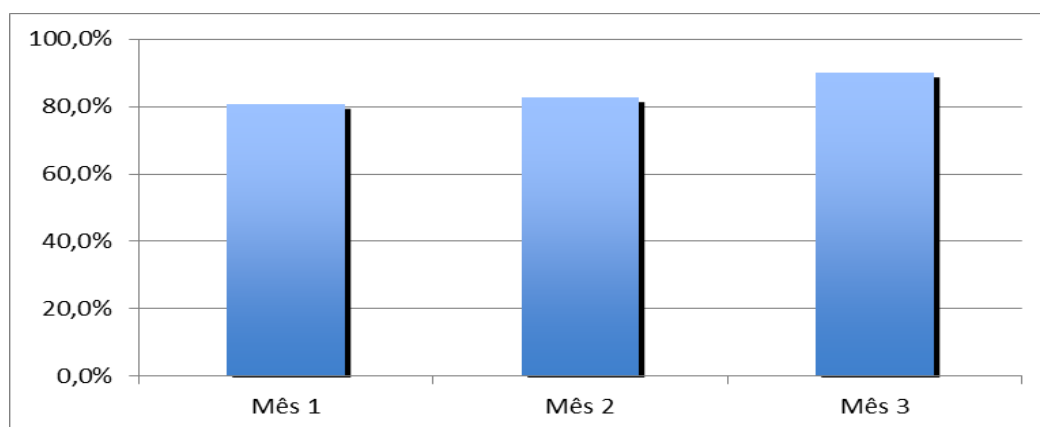


Figura 11: Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento na USF Maria de Fátima

Em relação ao calendário vacinal, 108 crianças o apresentam atualizado, o que equivale a 77,7% do total de crianças da intervenção. No 1º mês foram identificadas 38 (73,1%) crianças com calendário vacinal atualizado, no 2º mês 66 (76,7%) crianças e ao 3º mês 108 (77,7%) crianças, conforme figura 12. Ou seja, dados ascendentes e positivos em relação a este indicador. A meta para este indicador foi identificar a atualização do calendário vacinal em 100% das crianças, portanto não foi atingida. As crianças em atraso vacinal em todas as consultas foram detectadas em atraso de uma ou mais vacinas e questionado aos pais sobre o atraso vacinal, a maioria respondeu por falta das vacinas nas UBS do município, outrora esquecimento dos mesmos ou perda do registro vacinal. Não se pode concluir sobre a situação vacinal das crianças faltosas.

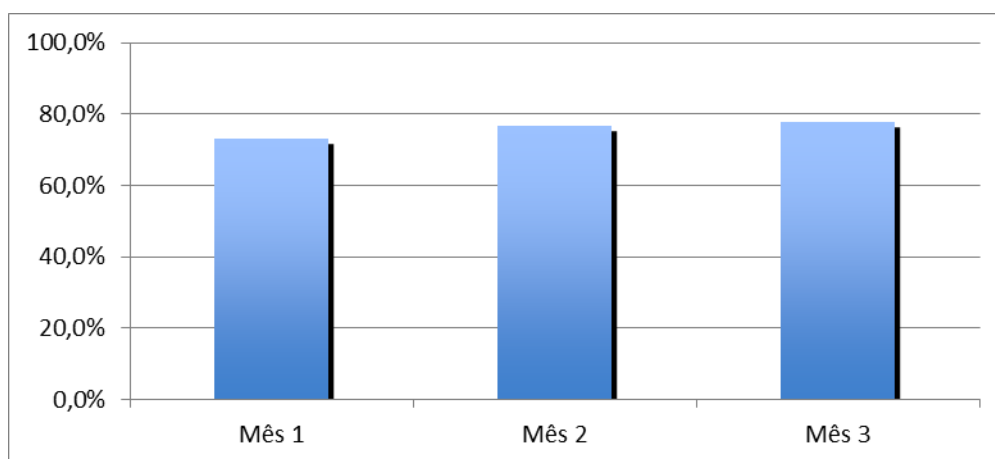


Figura 12: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade na USF Maria de Fátima

Em relação a suplementação de ferro, 93,5% das crianças entre 6 e 18 meses estão em suplementação. No 1º mês foram identificadas 9 (81,8%) crianças em suplementação de ferro, no 2º mês 18 (85,7%) crianças e ao 3º mês 29 (93,5%) crianças, conforme figura 13. A meta para este indicador foi realizar a suplementação de ferro em 100% das crianças, portanto não foi atingida. Entretanto mesmo a meta não tendo sido atingida, a situação favorável da suplementação do sal de ferro deve-se a suplementação profilática realizada nas crianças da área de abrangência anteriormente ao início do projeto de puericultura, durante o atendimento em livre demanda.

Vale ressaltar que a suplementação de ferro também é realizada em bebês menores de 6 meses em que as mães não mantiveram o aleitamento materno e sofreram desmame precoce ou nos prematuros mesmo sob aleitamento materno exclusivo. Contudo, estas crianças não entraram nos dados dos indicadores por não pertencerem a faixa etária de 6 a 72 meses, apesar de estarem sendo suplementados com sal de ferro.

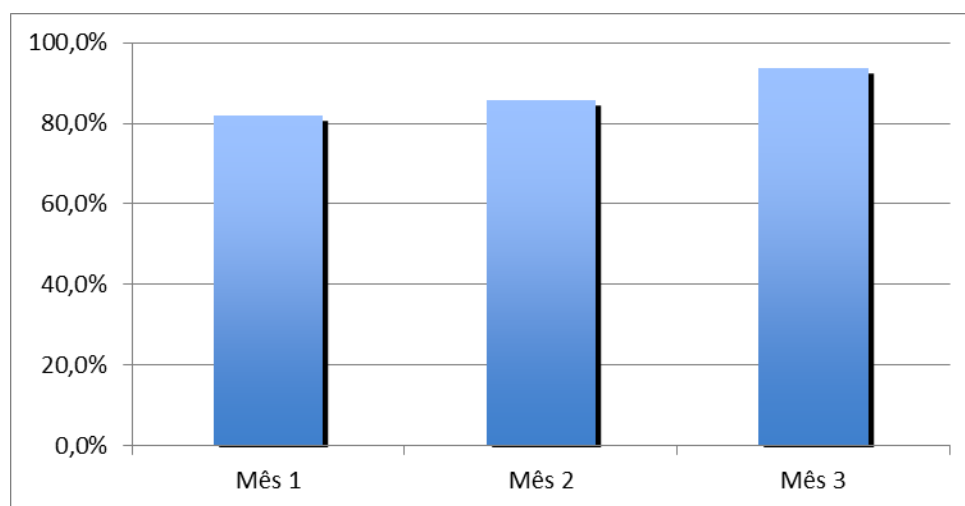


Figura 13: Proporção de crianças com suplementação de ferro na USF Maria de Fátima

Nenhuma criança da área de abrangência foi submetida ao teste do ouvidinho 0% (triagem auditiva) durante toda a intervenção, sendo este apenas realizado na capital do Estado. Essa situação foi relatada a representante da gestão em relação ao papel da triagem auditiva do teste do ouvidinho e os resultados nulos desta ação. A maioria dos nossos recém-nascidos nascem na capital e na maternidade referência do Estado e mesmo assim não são submetidos a esta avaliação. No entanto, as mães que fazem acompanhamento pré-natal em nossa UBS estão sendo informadas da existência desta avaliação como sendo rotineira a todo recém-nascido e aconselhando-as a exigir a realização do mesmo a seus filhos na maternidade referência e/ou nos locais de nascimento do bebê.

Em relação ao teste do pezinho, 14 (10%) recém-nascidos (RN) o realizaram antes dos 7 dias de vida e em 3 destes foi coletado material para o teste durante a visita domiciliar, no restante foi realizado na própria UBS ou na maternidade referência. No 1º mês foi identificada 1 (1,9%) criança que

realizou o teste antes dos 7 dias de vida, no 2º mês 2 (2,3%) crianças e ao 3º mês 11 (7,9%) crianças, conforme figura 14.

A meta para este indicador foi realizar o teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, portanto não foi atingida. Infelizmente em 1 RN o teste veio com resultado anormal e a busca ativa deste foi prioridade para a equipe de saúde para realização das medidas precoces de cuidado e avaliação. Felizmente a alteração encontrada foi apenas o traço falciforme e as medidas de orientação foram explicadas aos responsáveis. Um dos fatores que influenciou negativamente o resultado desta ação foi que a maioria das crianças da amostra total já tinham passado pelo período neonatal precoce e tardio, e portanto não participaram da realização desta triagem neonatal no tempo da intervenção deste projeto.

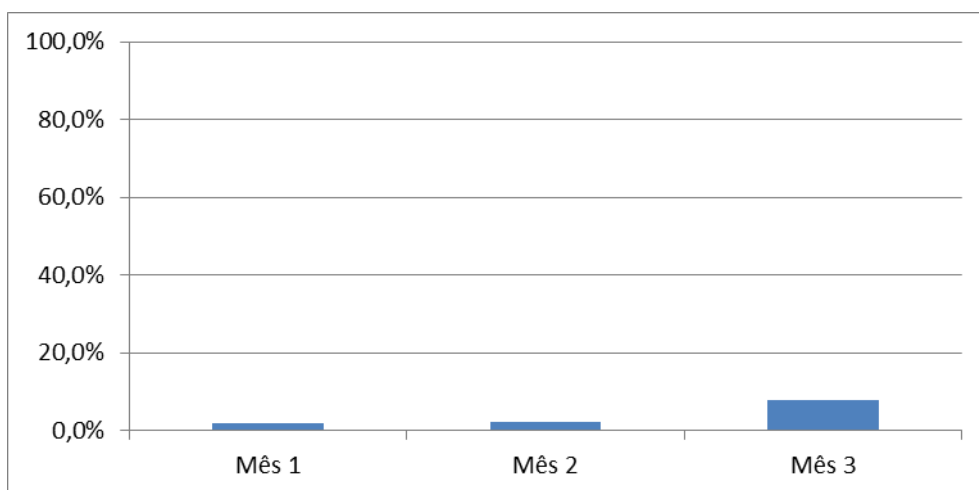


Figura 14: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida da USF Maria de Fátima

Em relação as crianças de 36 a 72 meses frequentadoras da creche com escovação supervisionada com creme dental, essa ação apenas ocorreu no terceiro mês de intervenção do Programa de Puericultura. Entre os motivos estavam a falta de planejamento da equipe em conjunto com a equipe de saúde bucal para realização dessa abordagem em área externa da UBS. Além do mais, os percalços que envolviam a troca de odontólogos da unidade de saúde contribuíram para não realização dessa ação nos primeiros meses da intervenção do Programa.

A meta para este indicador era o de realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde, logo não foi atingida. Entretanto, considerou-se o resultado positivo devido o número expressivo de crianças que receberam essa ação, 14 crianças (73,7%) nesta única e pontual abordagem na creche, conforme figura 15.

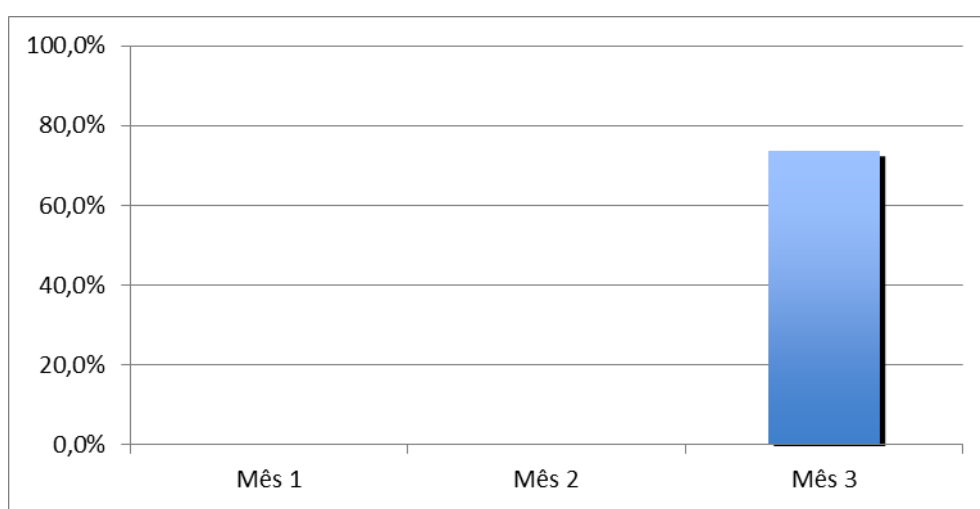


Figura 15: Proporção de crianças de 36 a 72 meses frequentadoras de creches com escovação supervisionada com creme dental na USF Maria de Fátima

Concluíram o atendimento odontológico 76% das crianças na faixa etária de 6 a 72 meses, o equivalente a 16 infantes. No 1º mês, concluíram o tratamento odontológico 5 (83,3%) crianças no total de 6, no 2º mês 15 (75%) crianças no total de 20 cadastradas e no 3º mês 16 (76,2%) infantes de 21 crianças, conforme figura 16. A meta para este indicador foi concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática, consequentemente a meta não foi atingida. Dentre os fatores que contribuíram para o mau desempenho deste indicador foi a irregularidade da participação da equipe de saúde bucal, com as idas e vindas de nova odontóloga e das ACDs, e com isso não realizando um acompanhamento contínuo e regular das crianças do programa de puericultura.

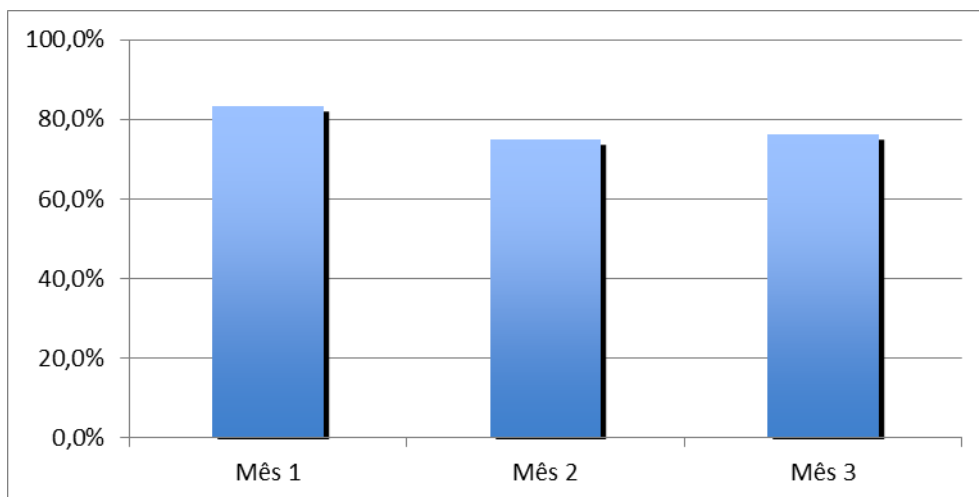


Figura 16: Proporção de crianças de 6 a 72 meses que tiveram o tratamento odontológico concluído na USF Maria de Fátima

No registro das crianças estão atualizados 84,2% dos registros o que equivale a 117 crianças. No 1º mês foram identificadas 40 (76,9%) crianças com registro adequado em fichas-espelho, no 2º mês 67 (77,9%) crianças e ao 3º mês 117 (84,2%) crianças, conforme figura 17. A meta para este indicador foi manter registro na ficha espelho de saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço, logo não foi atingida. Os dados desatualizados dentre outros são relativos a alguns dados da caderneta da criança, como índice de Apgar, dados do nascimento na maternidade ou ausência de vacinas, devido perda do registro vacinal.

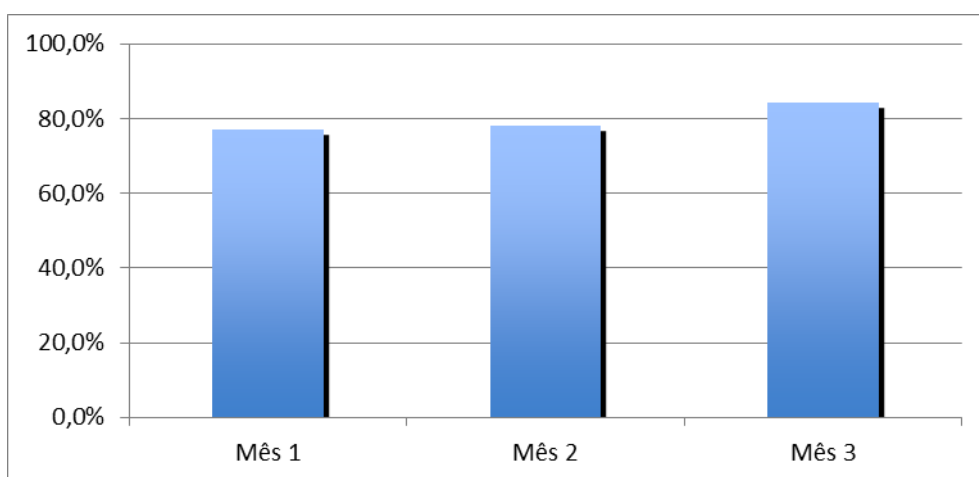


Figura 17: Proporção de crianças com registro atualizado na USF Maria de Fátima

Em relação as crianças com avaliação de risco este foi realizado em 89,9% dos infantes, o equivalente a 125 crianças. No 1º mês foram identificadas 42 (80,8%) crianças com avaliação de risco, no 2º mês 71 (82,6%)

crianças e ao 3º mês 125 (89,9%) crianças, conforme figura 18. A meta para este indicador foi realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa, contudo não foi atingida. Conseguiu-se um valor próximo do ideal da meta e com perspectivas positivas de alcançá-la com êxito com a continuidade do programa.

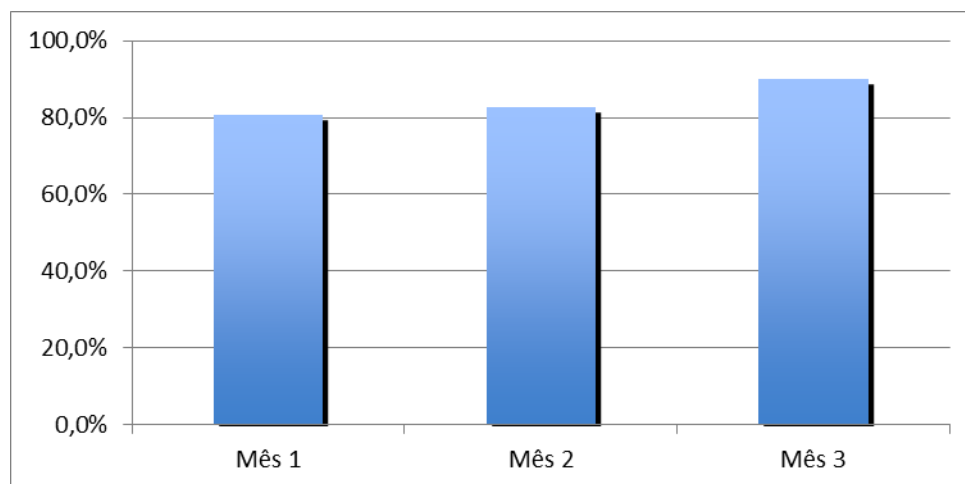


Figura 18: Proporção de crianças com avaliação de risco na USF Maria de Fátima

As mães das crianças consultadas receberam orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, no total de 125 mães, que equivale a 89,9% dos responsáveis. No 1º mês o número de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância foi 42 (80,8%), no 2º mês 71 (82,6%) e ao 3º mês 125 (89,9%), conforme figura 19. Este dado favorável deve-se a este tema ser palestrado nas tardes dos atendimentos em puericultura como a primeira palestra e de tema fixo, seguido por outra palestra de tema variável. Esse tema ainda é reforçado durante as consultas no ambulatório. A meta para este indicador foi dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança, logo não foi atingida. Os pais/responsáveis que não receberam essa informação ora foi por atraso e perda da palestra sobre este tema, ora foi por não ter sido enfatizado o tema durante a consulta ambulatorial.

Entretanto a meta atingida em apenas 12 semanas de intervenção do Programa de saúde da criança quase alcançou a meta estipulada, sendo

considerada positiva pela equipe e como estímulo para prosseguir em busca da meta com a continuidade do programa.

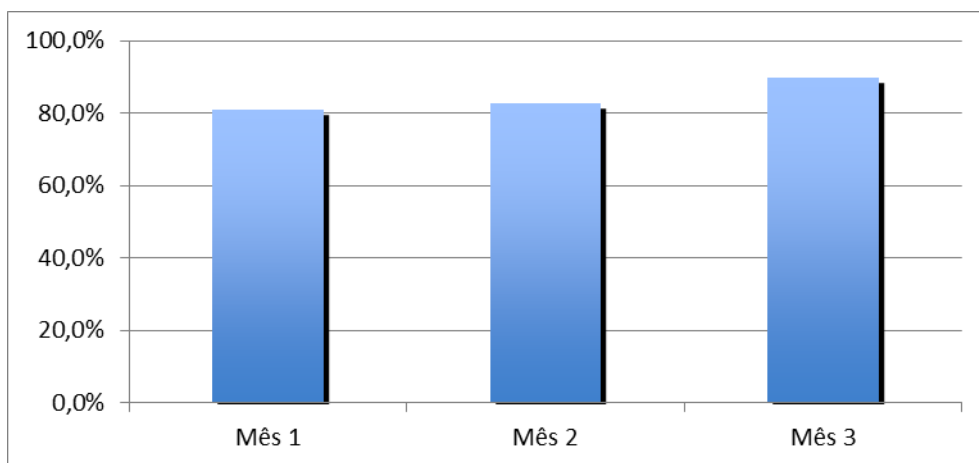


Figura 19: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas na USF Maria de Fátima

O número de crianças que foram postas para mamar em primeira consulta foi o equivalente a 19,4%, o que representa 27 lactentes. No 1º mês o número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta foi 3 (5,8%), no 2º mês 12 (14%) e ao 3º mês 27 (19,4%), conforme figura 20. A meta para este indicador foi colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta, logo não foi atingida. Infelizmente o desmame precoce ainda é fato observado nesta população alvo, e todos os esforços de orientação a esta comunidade estão sendo revistos e amplificados para continuidade do aleitamento materno de nossos infantes.

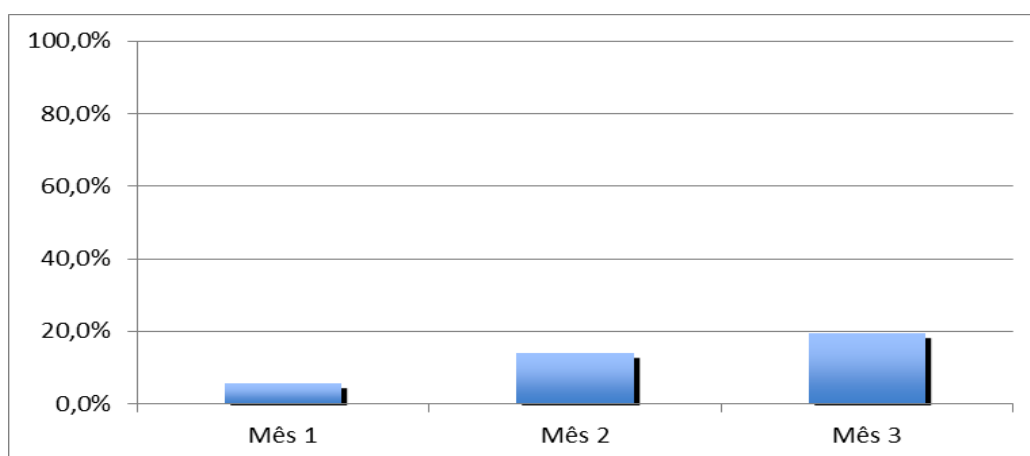


Figura 20: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na USF Maria de Fátima

Em relação as mães que receberam orientação sobre hábitos de alimentação para faixa etária, 86,3% dos responsáveis receberam essa informação durante a consulta clínica ou durante palestras antes do ambulatório, o equivalente a 120 responsáveis. No 1º mês o número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária foi 42 (80,8%), no 2º mês 71 (82,6%) e ao 3º mês 120 (86,3%), conforme figura 21.

A meta para este indicador foi fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças, portanto não foi atingida. Este fato foi decorrido da perda das palestras por alguns pais/responsáveis e/ou a não abordagem do tema durante a consulta clínica. Porém, ressalta-se que com a continuidade do programa, o embasamento maior do ACSs para orientações nas visitas domiciliares a comunidade, aos responsáveis da população alvo e a continuidade das palestras somem a qualidade das orientações nutricionais a nossa população da área de abrangência em foco.

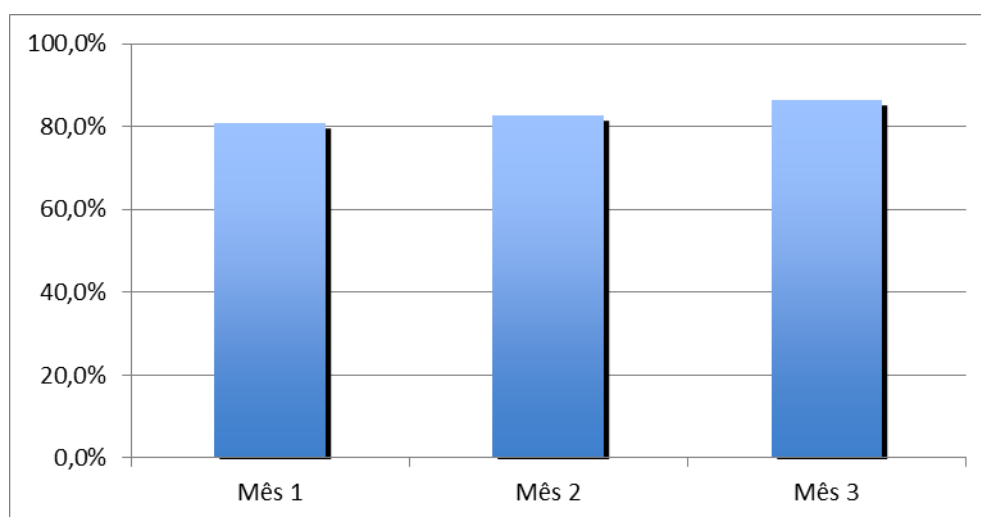


Figura 21: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações Nutricionais de acordo com a faixa etária na USF Maria de Fátima

Em relação a orientação coletiva na creche sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries, 0% das mães/ responsáveis receberam essa informação. A meta para este indicador foi fornecer estas orientações coletivamente para 100% dos pais/responsáveis cujos filhos são frequentadores da creche foco da intervenção, portanto não foi atingida.

Ressalta-se que essa orientação as mães ou responsáveis de forma coletiva ocorreu no âmbito da UBS durante a apresentação do Projeto de Puericultura à comunidade, durante a festa do dia das crianças que contou com mais de 200 pessoas, porém não foi incorporada aos dados por ter sido atividade não realizada na creche, entretanto com efetivação da informação.

Ao que tange sobre as orientações individuais de higiene bucal e etiologia para prevenção de cáries, 22 (15,8%) responsáveis receberam essa informação. No 1º mês o número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie foi de 3 (5,8%), no 2º mês 17 (19,8%) e ao 3º mês 22 (15,8%), conforme figura 22.

A meta para este indicador foi orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, portanto não foi atingida. O fato já comentado anteriormente sobre as constantes mudanças da equipe de saúde bucal contribuiu para os resultados. O período que o ambulatório de odontologia obteve maior afinidade com o ambulatório clínico de puericultura foi ao 2º mês da intervenção, durante a estada da odontóloga autora da intervenção bucal na creche, porém a mesma permaneceu apenas este período na UBS.

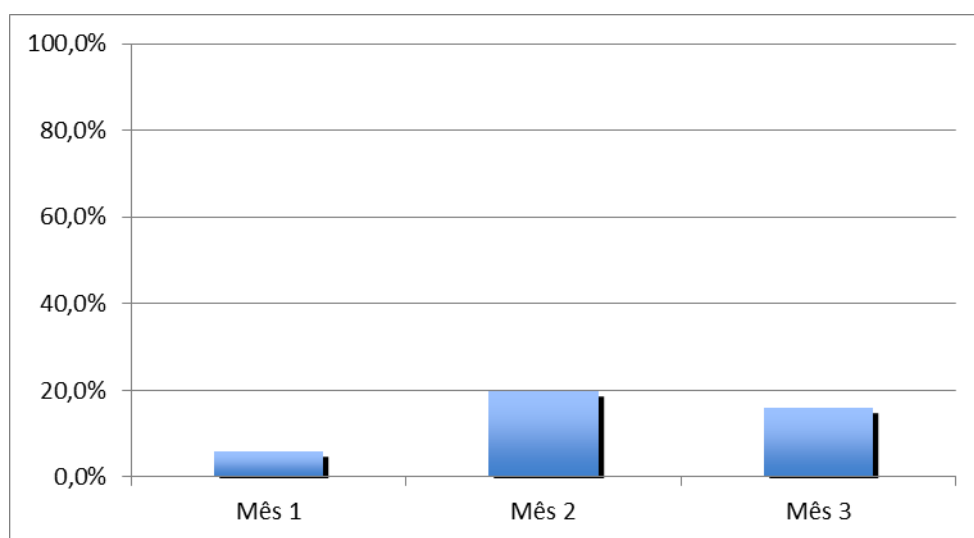


Figura 22: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries na USF Maria de Fátima

Em relação às orientações sobre prevenção de oclusopatias e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, 43,2% dos responsáveis receberam essa informação, o equivalente a 60 pais. No 1º mês o número de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias foi equivalente a 13 (25%) crianças, no 2º mês 31 (36%) e ao 3º mês 60 (43,2%) crianças, conforme figura 23.

A meta para este indicador foi orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, contudo não foi atingida. Observou-se um crescimento mensal do número de crianças e pais abordados a esta orientação e este fato decorreu principalmente após sugestão de membros da equipe da UBS para uma abordagem mais global envolvendo todas as crianças, e não apenas aquelas que observamos uso de bicos ou chupetas durante o atendimento no ambulatório. Entre os fatores que facilitaram para o relativo mal desempenho desta ação foi a falta de comunicação dos membros da equipe sobre a oferta ou não oferta desta orientação aos responsáveis, sendo que a informação coletada para o banco de dados foi apenas a partir da observação e orientação médica. No entanto, não se pode quantificar as orientações dadas pelos ACSs, enfermeiros ou dentistas pela falta de marcações no prontuário ou ficha espelho, sendo esta orientação por parte da equipe ofertada em caráter não quantitativo para o banco de dados, porém qualitativo para a criança e seus responsáveis em sua ida a UBS.

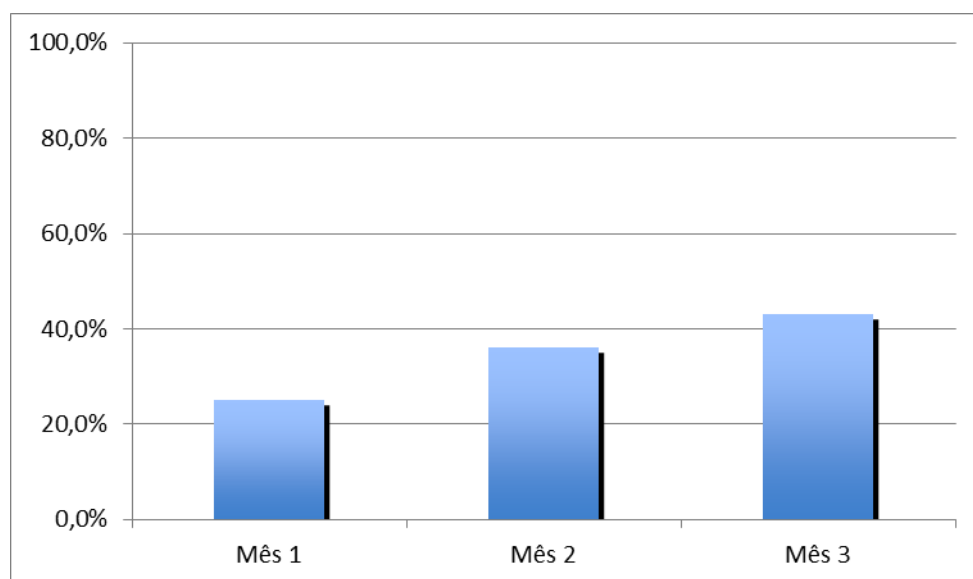


Gráfico 23: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias na USF Maria de Fátima

A respeito de orientações nutricionais dadas de forma coletiva na creche aos pais/responsáveis das crianças frequentadoras da creche, nenhuma das mães ou responsáveis recebeu orientação nutricional coletiva na creche (0%), este tema relacionado à nutrição é abordado como segundo tema de palestra em algumas quintas da tarde da criança, porém na própria UBS e não na creche. A meta para este indicador foi fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da creche foco da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde, logo não foi atingida.

O ambulatório de puericultura continua com a equipe cada vez mais dinâmica almejando a continuidade do projeto durante todo o ano de 2014 e os seguintes, aliada a eficiência somada a competência e humildade na realização de todos os passos do atendimento entre todos os integrantes da equipe.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Maria de Fátima propiciou a ampliação da cobertura da atenção às crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência. Além disso, garantiu a melhoria dos registros com a formalização do uso da ficha espelho anexada ao prontuário existente do infante.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS, através do Caderno Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento de 2012. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, do enfermeiro, dos 6 ACSs, 2 técnicas de enfermagem, a recepcionista e a coordenadora da UBS. Toda a equipe se envolveu globalmente no processo e buscou-se um aprendizado de todos os membros em cada detalhe da capacitação, afim de que a falta de um membro da equipe não pudesse comprometer o andamento do atendimento e do trabalho.

Os desafios postos a toda a equipe durante a capacitação foram referentes aos protocolos à saúde da criança propostos pelo MS, como a visita domiciliar a família do recém-nascido, a importância do teste do pezinho, estimulação ao aleitamento materno, acolhimento da criança e sua família, imunizações, monitoração do crescimento e desenvolvimento em associação com os dados da caderneta da criança. Além da prática de pesagem e comprimento/altura, alimentação saudável (noções básicas), suplementação com vitamina A, prevenção de acidentes, manuseio da caderneta da criança e interpretação de dados; saúde bucal através de orientações como a prevenção de oclusopatias, prevenção de cáries, técnica de escovação e orientação em relação a suspeita de crianças sob situação de violência.

Além das práticas supracitadas, foi orientado que todas estas devem ser ofertadas através da política de Humanização (HumanizaSus), e como as informações sobre o programa devem ser repassados a comunidade e seus objetivos gerais. Além disso, toda a equipe foi preparada para o preenchimento e manutenção da atualização do cadastro das crianças através da ficha espelho.

Na prática individual, a médica da UBS realizou o atendimento clínico das crianças e suporte às puérperas, como orientações “a pega” correta durante o aleitamento materno, estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, orientações sobre a alimentação complementar a partir dos 6 meses de vida, limpeza correta e cuidados com o cordão umbilical do recém-nascido, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos infantes e registro destes dados para caderneta da criança. Explicou sobre a

interpretação dos dados na caderneta da criança e estimulou os próprios pais para identificação de riscos, leitura da caderneta e cuidados com a mesma. Os dados que por ventura não foram devidamente preenchidos na caderneta ou na ficha espelho anteriormente foram complementados durante a consulta clínica e preenchida a informação colhida durante a consulta.

Além disso, a médica foi responsável pela mensuração do perímetro cefálico nos menores de 24 meses e em caso de dúvida também repetiu as aferições de peso e altura/comprimento. Fez suplementação de Vitamina A de acordo com a idade e de sal ferroso, preenchendo essas informações na caderneta da criança. Observou sobre o status vacinal e orientava as datas das próximas vacinas ou encaminhava prontamente para aplicação das vacinas em atraso após as consultas. Orientou sobre prevenção de acidentes, higiene bucal e desestimulou o uso de chupetas.

Além do que, identificou patologias nutricionais como obesidade e desnutrição e garantiu o encaminhamento especializado a nutricionista do NASF e ainda realizou a identificação de riscos para outras patologias e resolução de casos agudos durante a consulta de puericultura. Marcou o retorno da consulta do infante de acordo com a faixa etária ou patologia na ficha espelho e no caderno de puericultura, além de informar a mãe a data do retorno e um papel de retorno ambulatorial. Também foi responsável pela passagem dos dados dos prontuários e ficha espelho para arquivo digital em planilha eletrônica.

O enfermeiro orientou as grávidas desde o 3º trimestre sobre a existência do programa de puericultura e estimulou a adesão destas a esta estratégia a frente do pré-natal de baixo risco, estimulou o aleitamento materno exclusivo, inspecionava toda a logística do dia de atendimento exclusivo ao infante, convocou reuniões com a equipe solicitando maior compromisso com o programa, nas buscas dos faltosos, na atualização dos registros. Foi o vínculo com a equipe de saúde bucal e o ambulatório clínico, e com a gestão administrativa da secretaria municipal de saúde e o programa de saúde da criança. Realizou o teste do pezinho e orientava a realização deste antes da primeira semana de vida, além de participar das visitas domiciliares e

realização do teste do pezinho no lar dos pacientes. Foi responsável pela aquisição e devolução do projetor datashow, montagem e elaboração de palestras aos pais/responsáveis.

Os técnicos de enfermagem foram responsáveis pela realização do teste do pezinho na ausência do enfermeiro, aplicavam vacinas e inspecionavam sobre o status vacinal do infante antes e depois da consulta clínica em puericultura, visitavam pacientes com ou sem os ACSs que estavam em situação de risco (violência, desnutrição, etc.), administravam a Vitamina A na impossibilidade do enfermeiro em fazê-la. Destacaram-se também no planejamento e sugestões ao programa de puericultura, como a decoração da sala de consulta clínica com temática infantil e DVDs de temas infantis na espera ao ambulatório clínico.

Os ACSs foram responsáveis pelo levantamento do número de crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência, atualização dos dados cadastrais dos pacientes, convite e agendamento aos pais/responsáveis das crianças. Realizaram a busca ativa aos faltosos, detectaram possíveis anormalidades de fundo patológico e priorizaram estes pacientes. Além do mais, alimentaram as fichas espelho com dados provenientes da caderneta da criança. Apresentaram palestras aos pais/responsáveis com temas sugeridos e avaliados pelo enfermeiro, auxiliaram na preparação e oferta de lanches aos presentes a espera do ambulatório clínico. Fizeram minuciosamente pesagem e aferição de altura/comprimento e transcreveram a ficha espelho e ao cabeçalho do prontuário.

A recepcionista explicava sucintamente o programa para os pais que aguardavam consulta após as palestras de temas variados, providenciava os insumos como abaixador de língua, otoscópio, luvas, papel toalha para uso no ambulatório clínico. Era responsável por achar e guardar os prontuários de atendimento. A coordenadora da UBS era o vínculo imediato com a secretaria de saúde e a figura do prefeito do município.

A odontóloga e a equipe de saúde bucal realizaram consultas odontológicas das crianças do programa a partir de 6 meses de idade. Priorizavam o atendimento preventivo com orientações sobre higiene bucal,

uso de fio dental, desuso de chupetas, práticas de escovação. Avaliaram as crianças e identificaram aquelas com fatores de risco e agendavam continuidade do tratamento curativo.

Estas ações alavancaram melhorias na qualidade do serviço, pois outrora o que antes não existia de estratégia passou a existir e funcionar com o aval e entusiasmo de toda a equipe, como a realização de busca ativa, uso da ficha espelho, suplementações de sal ferroso e vitamina A de rotina, a ponte entre o ambulatório clínico e o odontológico que eram completamente dissociados.

As visitas domiciliares que envolviam toda a equipe e funcionavam como mais uma peça chave para o envolvimento entre nossos funcionários, com troca de experiências, aprendizado de todos e união. E o próprio ambulatório de puericultura e suas características de prevenção e ações curativas integradas, que batizaram um novo olhar da equipe e da comunidade sobre o binômio saúde-doença, com a nova perspectiva de cuidado e acompanhamento de crianças que ainda não adoeceram, ou seja, ação inteiramente nova nesta UBS.

Além do mais, a melhoria dos registros dos infantes do programa possibilitou conclusões mais apuradas sobre a situação de saúde de cada um, com possibilidade de diagnóstico precoce e avaliação de riscos inerentes. E o acompanhamento das crianças pela equipe concretizou o conceito de longitudinalidade proposto nos princípios da APS.

Portanto, o programa de saúde da criança proporcionou melhorias diretas na atenção à saúde das crianças acompanhadas e forneceu um meio de informação aos pais/responsáveis que puderam atuar como coautores no planejamento de um bem estar a seus filhos.

Apesar do pouco tempo da criação do ambulatório de puericultura, as mães e/ou responsáveis demonstraram inteira satisfação com a nova forma de atendimento. As consultas realizadas a partir de convites dos ACSs aboliram a habitual busca de fichas para atendimento, o que era um dos principais motivos de reclamações das mães. A realização de palestras aos pais, lanches durante

a espera das consultas e as crianças entretidas com as músicas infantis e assim, menos angustiadas, fizeram da longa espera das consultas algo menos depreciativo aos pais.

O conceito de atendimento e acompanhamento a infantes saudáveis foi plantado a esta comunidade, através das visitas dos ACSs com divulgação do programa no lar dos pacientes, de um atendimento médico em uma praça da cidade com divulgação do programa em conjunto, na própria UBS com as palestras, na recepção durante os dias de atendimento infantil e de livre demanda, a partir dos nossos apoiadores do comércio e dos pastores de igrejas locais.

Além do mais, a divulgação do programa teve como ponto máximo a estratégia de realização da festa do dia das crianças. Neste evento reunimos mais de 200 crianças e seus responsáveis na área externa da UBS e além de brincadeiras e lanches, oferecemos orientações de não faltar as consultas clínicas e odontológicas, ensinamento coletivo sobre escovação dentária e saúde bucal de forma lúdica através de apresentação dos palhaços (enfermeiro e ACS caracterizados) e bonecos fantoches (2 auxiliares de consultório dentário). A importância de manter o calendário vacinal atualizado foi explanada com a palestra realizada pela técnica de enfermagem da sala de vacinas, a palestra “O que é puericultura?” e “Prevenção de acidentes na infância” foram apresentadas pela médica da UBS. Além dos pais, foram convidados a comparecerem ao evento do dia das crianças, o pastor e sua esposa da igreja local próxima, a diretora da creche, os conselheiros de saúde, a secretária municipal de saúde, o prefeito e a primeira dama (ambos são médicos).

A equipe trabalhou arduamente para organização da festa do dia das crianças, ultrapassando muitas vezes o horário de atendimento para concretização desse dia, com a formulação e emissão dos convites, compra de material e organização para decoração incluindo 250 balões, roupas e acessórios para palhaço, roupas para identificação lúdica da equipe, 1 freezer emprestada, um carro com carroceria emprestado para transporte para freezer

e cadeiras, confecção de bonecos palestrantes (fantoques) e 208 brinquedos adequados por idade.

Além da definição e preparação das palestras a serem abordadas no dia, compra e preparação dos alimentos a serem oferecidos aos convidados, entre estes 300 cachorro-quentes, 200 sacos de pipoca, 240 geladinhos, 30 litros de suco, 36 litros de refrigerantes, 250 brigadeiros, 200 salgadinhos, 1 bolo gigante. A festa do dia das crianças foi patrocinada por meio de doações junto ao comércio local (6%), doação dos próprios funcionários da equipe (2%), doações da comunidade (2%) e doação da médica em conjunto com arrecadações de seus amigos e familiares (90%).

No entanto, essa divulgação continuará com os atendimentos e incorporação cada vez maior do programa a rotina de trabalho da UBS. A longitudinalidade do acompanhamento fortalece cada vez mais as relações com as famílias e com os pequenos pacientes que nem choram mais aos atendimentos. Assim, toda população local fica a par do trabalho que está sendo realizado a partir dos bons frutos gerado pela equipe da família da UBS Maria de Fátima em conjunto com a participação e apoio direto da comunidade.

A comunidade aparentemente compreendeu e apoiou a iniciativa, pois inicialmente durante a tarde de atendimento do ambulatório de puericultura os atendimentos em livre demanda de adultos eram em número relativamente expressivo. Com o andamento e concretização do ambulatório infantil, as consultas em livre demanda de adultos se restringiram a apenas alguns casos de urgência febril (malária e dengue) ou algias agudas (dorsalgias ou cefaléias). Durante as consultas em livre demanda no decorrer da semana, alguns elogiavam a iniciativa da equipe da UBS pela observação da sala do ambulatório clínico decorada com tema infantil, mesmo tendo ou não filhos.

Ao verificar as ações realizadas durante a intervenção do programa de saúde da criança, observamos alguns pontos que poderiam ter sido melhorados se desde o princípio houvesse uma descentralização maior de atribuições. Assim, evitaríamos sobrecarga de tarefas para a médica da UBS no quesito da organização dos registros e controle absoluto do livro das consultas/retornos das crianças. Isso facilitaria também o controle desta ação

por qualquer membro da equipe conforme a capacitação realizada por ventura com a ausência da médica.

Outra ação que poderia ter sido melhorada esta relacionada à atualização do cadastro das crianças das microáreas por alguns ACSs. Essa tarefa é cargo dos mesmos e houve a verificação da existência de algumas crianças na própria consulta de livre demanda que não estavam no banco de dados do levantamento inicial, porém que nesta mesma consulta eram incorporados ao programa e adaptada a consulta para este fim, logo, isso influenciou no planejamento do número de crianças a serem assistidas. Assim, ao realizar novamente o planejamento da característica do número total de crianças atualizadas, destinaria maior tempo para os ACSs avaliarem minuciosamente suas microáreas, atualizarem seus cadastros, incorporarem crianças recém-nascidas ou novas moradoras, excluirmos as que não pertencem mais a área de abrangência, e assim validar em dados absolutos o número real, porém com mobilidade, do número aproximado de crianças da microárea e não descobrir esse dado com a intervenção em andamento.

Outro fator que estaria sujeito a mudanças se a intervenção ainda não fora iniciada, e talvez o mais importante na opinião de toda a equipe embasada nos resultados da intervenção, seria uma maior participação da equipe de saúde bucal/odontóloga com um trabalho em conjunto ao ambulatório clínico e regularização de uma equipe de saúde bucal à UBS. Inúmeras vezes foi sugerido pelo enfermeiro e pela médica à presença da odontóloga na UBS, entretanto pouco foi concretizado. Apesar de que, após exposição dos resultados a toda equipe, inclusive com a odontóloga presente, foi demonstrado real interesse na modificação deste perfil.

Outro fator que poderia ter sido melhor planejado foram as realizações de palestras à comunidade. As palestras realizadas eram restritas aos pais/responsáveis que participariam naquele dia do ambulatório clínico ou odontológico. Não foi realizado palestras em creches ou escolas primárias, e a educação em saúde e medidas orientacionais ficou restrito aos pais frequentadores do ambulatório. Apesar do fato satisfatório de uma parte da comunidade ter tido orientações através de palestras sobre seus filhos, algo

que nunca havia sido feito anteriormente, grande parte da comunidade deixou de receber essa informação e espera-se que a continuidade do programa essa ação se fortaleça.

Com a continuidade do programa de saúde da criança e maior incorporação deste a rotina do serviço, precisamos cadastrar um maior número de recém-nascidos e concretizar a visita domiciliar puerperal antes da primeira semana de vida como ação rotineira a todas às puérperas da área de abrangência. Outro ponto com visão a melhorias será manter atualizado o cadastro das crianças em acompanhamento e que estejam inteiramente saudáveis, pois o retorno destas pelo tempo prolongado ao retorno, principalmente aos maiores de 24 meses, levaria ao viés de esquecimento tanto do familiar quanto da equipe, pela maior atenção as prioridades das crianças em risco. Talvez se os registros das consultas fossem informatizados facilitariam a busca por faixa etária ou mês de retorno. Essa situação foi relatada a representante da Secretaria Municipal de Saúde na reunião com gestores.

Outro ponto aguardado será a possibilidade do profissional fonoaudiólogo incorporar-se ao NASF e assim servir de auxílio para o acompanhamento de pacientes que necessitam deste profissional. Além de ser um primeiro passo para um dia a realização do teste do ouvidinho/orelhinha no município.

Todas essas mudanças na formar de agir no trabalho da equipe da USF Maria de Fátima contribuíram para melhorias à comunidade que atendemos, fato este observado nas metas com resultado satisfatório da intervenção. Várias metas não foram atingidas, porém o trabalho está sendo construído degrau por degrau e com matéria prima da melhor qualidade, fruto do querer desta equipe tão engajada em ajudar o próximo e que precisa apenas do bem estar alheio como combustível.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Durante a implementação de 12 semanas do projeto de Puericultura, realizamos o atendimento e acompanhamento de 139 crianças moradoras da área de abrangência da USF Maria de Fátima.

A intervenção do projeto exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Caderno Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento de 2012, do MS. Toda a equipe se envolveu globalmente no processo e buscou-se um aprendizado de todos os membros em cada detalhe da capacitação.

O ponto inicial de divulgação do Programa de Puericultura à comunidade envolveu mais de 200 crianças em conjunto com seus pais/responsáveis na festa do dia das crianças. Este marco serviu como pontapé inicial para apresentação do programa à comunidade da área de abrangência e contou com recursos próprios da equipe e de doações de terceiros. Esta confraternização foi decisiva para alavancar o projeto e divulgar o programa como algo novo e promissor àquela população.

As ações do projeto alavancaram melhorias na qualidade do serviço da UBS, pois outrora o que antes não existia de estratégia passou a existir e funcionar com o aval e entusiasmo de toda a equipe, como a realização de busca ativa a pacientes faltosos, uso de ficha espelho para registro atualizado e organizado dos pacientes, suplementações de sal ferroso e vitamina A de rotina, uma ponte entre o ambulatório clínico e o odontológico que eram dissociados. As visitas domiciliares que envolviam toda a equipe e o próprio ambulatório de puericultura e suas características de prevenção e ações curativas integradas, que batizaram um novo olhar da equipe e da comunidade sobre o binômio saúde-doença, com a nova perspectiva de cuidado e acompanhamento de crianças que ainda não adoeceram, ou seja, ações inteiramente novas nesta UBS.

Com o andamento do programa tivemos um grande avanço nos indicadores de saúde da população alvo, como por exemplo chegamos ao equivalente a 95,9% (139) do total de acompanhamento das crianças entre 0 a

72 meses de idade pertencentes a área de abrangência desta UBS. A população total da área adscrita é em torno de 2.446 pessoas e destas 145 fazem parte da população alvo foco da intervenção. Durante a evolução ao longo de 3 meses de intervenção, observou-se ascensão do número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de saúde da criança, sendo que no 1º mês tínhamos 52 (35,9%) crianças inscritas, ao 2º mês 86 (59,3%) e ao 3º mês 139 (95,9%).

Em contrapartida, nenhuma criança da área de abrangência foi submetida ao teste do ouvidinho 0% (triagem auditiva) durante toda a intervenção. No entanto, as mães que fazem acompanhamento pré-natal em nossa UBS estão sendo informadas da existência desta avaliação do fonoaudiólogo como sendo rotineira a todo recém-nascido e aconselhando-as a exigir a realização do mesmo a seus filhos junto aos órgãos de saúde responsáveis.

Outro ponto a ser explanado e que necessita de melhorias é em relação a saúde bucal. Foram identificadas 122 crianças entre 6 e 72 meses de idade e destas, apenas 47 realizaram primeira consulta odontológica, o equivalente a 38% do total. No 1º mês 6 (12,2%) crianças realizaram a primeira consulta odontológica, no 2º mês 20 (24,7%) e no 3º mês 21 (17,2%). Infelizmente a equipe de saúde bucal, principalmente na figura das odontólogas e de alguns membros da equipe de saúde bucal, sofreram várias mudanças prejudicando a continuidade do acompanhamento em conjunto das crianças globalmente. Com a continuidade do projeto nesta UBS espera-se regularidade da equipe de saúde bucal e um maior diálogo/reuniões com a equipe clínica, com projetos e sugestões planejados no tripé médico-odontólogo-gestor.

Estas ações em saúde garantem melhoria de atendimento à população, maior satisfação da comunidade, capacitação e maior trabalho em conjunto da equipe, além de fornecer bases para o engajamento público e garantir boa impressão da gestão pelo público. Esperamos que haja continuidade deste trabalho para continuarmos ofertando ao maior número possível de pessoas da comunidade a garantia de um acompanhamento em saúde de qualidade a seus filhos.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Gostaria de embasar que foi extremamente gratificante trabalhar cuidando dos filhos de vocês, na maioria das vezes nossas orientações dominavam o lugar das consultas de prescrição medicamentosa e com isso espero ter contribuído grandiosamente na diferença para melhora no cuidado de seus filhos. E ter proporcionado a vocês uma forma diferente de analisar a relação médico-paciente tradicional que estavam acostumados durante as consultas de livre demanda.

Queria agradecer também pelo carinho com nossa equipe e a boa recepção de vocês por esse programa que desenvolvemos no município de Plácido de Castro, ate então algo novo na perspectiva de cuidado de crianças que vocês estavam habituadas. Ressalto também que aprendemos muito com vocês, com as ideias que vocês sugeriam, nos elogios e principalmente nas críticas, que serviram como guia para o melhoramento deste Programa.

O ano de 2013 foi um ano de muito trabalho e organização do Programa de Puericultura para vocês, ou melhor, organização da nossa Tarde da criança. A tarde reservada para o atendimento de nossas crianças, onde os filhos de vocês foram os protagonistas do nosso espetáculo. E o palco principal foi a nossa comunidade. Agradecemos pela compreensão da comunidade na utilização de uma tarde inteira para programação desta estratégia em detrimento das outras consultas de livre demanda que ocorriam no período anteriormente. E ficamos felizes que vocês mesmo voltavam com sorriso no rosto ao serem informados que àquela tarde era especialmente para atendimento dos filhos de vocês.

Explicarei a vocês o que o nosso Programa de puericultura representou na Tarde da Criança e no cotidiano da Unidade de Saúde Maria de Fátima. A principal estratégia do programa foi cuidarmos dos seus filhos mesmo antes deles adoecerem, e assim foi realizado inicialmente com os convites dos agentes comunitários de saúde em suas residências para dirigirem-se ao nosso

postinho de saúde. Continuaram com as orientações da médica no consultório, as palestras do enfermeiro e orientações da dentista nas consultas. Essa estratégia de convite a pessoas saudáveis não acontecia antes nesta unidade de saúde e ainda evitamos que vocês e suas crianças pegassem filas para aquisição de fichas de consultas.

Entre as inúmeras orientações, destacaram-se a importância de continuarem amamentando seus filhinhos apenas com leite materno até os 6 meses e depois dessa idade até no mínimo 2 anos em conjunto com outros alimentos. Aprenderam sobre vários acidentes que podem ocorrer com suas crianças e como evitá-los, foram desestimuladas a oferecer chupetas/bicos as crianças, foram parabenizadas quanto a atualização da carteira de vacinas, tiveram noções sobre a caderneta da criança e estimuladas a acompanhar e entender sobre os gráficos da caderneta e que estes eram resultado das medidas de seus filhos de peso, altura/comprimento, medida da circunferência da cabeça.

Além do que, foram alertadas sobre o excesso e pouco peso de suas crianças e alertaram-se sobre a obesidade como doença e não sinal de saúde do bebê. Entenderam desde o pré-natal com o enfermeiro a importância do teste do ouvidinho e do pezinho.

Suplementamos vitamina A e Sulfato ferroso e explicamos da importância do uso destes a seus filhos e observação na caderneta da criança quanto às próximas datas de uso. A maioria de vocês já tinham noções sobre anemia e suas consequências e isso refletia sobre os cuidados que vocês tinham com suas crianças.

Ainda queremos informar sobre as orientações das consultas odontológicas e observação de riscos. Que os dentinhos de leite de seus filhos também merecem o mesmo cuidado de higiene e que não é porque estes serão trocados que não devemos cuidar deles. Eles também são importantes!

A equipe de profissionais da USF aprendeu muito com esta comunidade e esperamos que vocês tenham aprendido muito com esta equipe. Não apenas sobre palestras ou orientações no ambulatório, mas crescemos

juntos ao ouvir sobre as críticas, tentamos melhorar a cada crítica semanal e sanar os problemas que aconteciam no desenrolar do programa. Ficamos maravilhados com os elogios e a equipe se unia mais dando auxílio um ao outro para melhorar o que já estava bom.

A família da USF Maria de Fátima só tem a agradecer pela oportunidade que nos foi dada em oferecer uma saúde de qualidade a vocês, e principalmente na figura dos nossos pequenos pacientes, seus filhos.

5. Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem

Ao fim de quase um ano trabalhando na UBS Maria de Fátima e realizando concomitantemente o curso de saúde da família da UFPel, observei na teoria e na prática minha evolução profissional. A teoria que o curso me disponibilizou através dos inúmeros textos, dos cadernos de atenção básica em saúde, das leituras de capítulos de livros me embasaram na prática diária à frente da UBS. Anteriormente muitas condutas tomadas baseadas na observação de outros colegas foram refutadas na minha nova tomada de decisões após as leituras do inúmero acervo, de uma leitura mais fácil e dinâmica para assimilação e que contextualizou a vivência do dia-a-dia com meus pacientes da UBS.

Outro ponto de aprendizado crucial desenvolvido pelo curso e de suma importância para meu aprendizado foram o desenvolvimento das Tarefas de Práticas Clínicas. Além da escolha do tema, onde baseava minhas escolhas nos casos patológicos do cotidiano da unidade, sentia a necessidade de aprofundamento destas questões do meu dia-a-dia. Portanto, as Práticas clínicas foram decisivas para fundamentar meu alicerce de conhecimento sobre vários temas da atenção primária. Temas estes que eu enfrentava quase diariamente, e no início do curso muitas vezes sem respostas. Outras vezes sabia o básico daquela patologia e isso seria mais um ponto para escolha daquela doença como alvo de estudo e que concretizava na confecção destas tarefas.

Na minha opinião, os estudos de práticas clínicas deveriam vir semanalmente com outras tarefas, assim o aluno aprende mais pesquisando e se envolvendo em determinado tema de relevância do seu cotidiano semanalmente. Sempre vai existir algum caso que tenhamos que nos aprofundar ou determinado caso de alguma doença que não sabemos resolver.

Outro ponto chave no curso para meu aprendizado foram os Casos Clínicos. Extremamente relevantes, direcionados para questões práticas do cotidiano, rápidos e eficientes, explicações direcionadas para determinado

problema. Além do mais, me serviu de treinamento para as provas de residência porque apresentava as respostas explicadas, com gabarito comentado. Ao contrário do Teste de Qualificação Cognitiva (TCQ), que não divulgava o gabarito das questões e nem comentários sobre as respostas. Logo, os casos Clínicos Klotzel foram excelentes ao meu processo de aprendizado. A única salva foi que estes não envolviam problemas psiquiátricos como o cerne dos casos e geralmente os casos envolviam apenas temas patológicos orgânicos como pneumonia, gripe, DSTs. Temas extremamente relevantes como tabagismo, uso de drogas ilícitas ou violência não foram abordados. O único que ressalto que teve papel secundário em um caso foi sobre alcoolismo e explicaram o questionário CAGE, porém com muita sutileza.

A comunidade em que trabalho é afogada em violência de todos os tipos, desde a psicológica até a física, de abuso de drogas ilícitas e lícitas e estas se apresentam sem pudores a crianças, jovens e adolescentes diariamente. No município que atuo não existe CAPs e nem psiquiatra, então toda esta demanda problemática se dirige a UBS. Em virtude disso que senti falta dos casos clínicos desse teor para abordagem. Entretanto, as descobertas também foram tantas além do ambiente do curso da UFPel, que o aprendizado foi global, com o combustível proveniente dos problemas diários de meus pacientes da comunidade.

Outro ponto que achei ora produtivo ora não, foi o espaço “Você tem uma dúvida clínica?” Às vezes que utilizei desse espaço, apenas uma pessoa me auxiliou e mesmo assim não concordei plenamente com o auxílio. No entanto, neste espaço aprendi mais observando as dúvidas dos outros e os auxílios do que minhas próprias dúvidas, por isso teve certa relevância no meu crescimento profissional.

Talvez um dos maiores aprendizados e inspirações durante o curso não estava escrito em livros, nem nos casos clínicos e muito menos nas dúvidas clínicas. Ele estava escrito nas entrelinhas do DOE (diálogo orientador/especializando), a cada conselho, sugestão, não apenas em resolver, mandar, corrigir tarefas, mas em cada sugestão de vídeo do youtube

para dali tirar como aprendizado como resolver conflitos internos de funcionários de minha UBS. Ali foi sugerido como me portar perante o gestor para benefício em pró de minha comunidade e sem conflitos. Orientações como planejar determinada situação ou apenas desabafos de um dia ruim de trabalho, algo que só é compreendido também por quem está vinculado ao seu trabalho, seja virtualmente ou não. Por isso o DOE e a orientadora que estava por trás dele vivenciou minha rotina como se fosse a dela, compreendeu cada passo meu e me ajudou na escolha das melhores trajetórias a seguir, e a comunidade ganhou muito com essa coautoria do trabalho destinado a ela.

Por isso ressalto que meu maior aprendizado neste curso em conjunto com toda a vivência intensa neste um ano na USF Maria de Fátima, além das informações teóricas, foram me tornar uma pessoa melhor. Aprender também com os pacientes e com toda a comunidade observando seus modos simples de viver me tornaram uma pessoa menos egoísta, mais altruísta e aprendi em pequenos gestos recompensar parte do amor deles por mim e pela equipe com um atendimento que vai além da relação médica-paciente, em tratar o próximo muitas vezes só com palavras de afeto e ele assim melhorar porque sentiu que seu abraço ou palavras foram verdadeiras. Que o próximo seguirá seus conselhos porque sentiu de verdade que queremos cuidar dele e zelar pelo seu bem estar. Assim, a adesão terapêutica é fortalecida, o vínculo é fortemente criado, a confiança é mútua e muitas vezes a amizade criada me tornou membro de várias famílias humildes, que me ofereceram para almoçar o melhor que tinham em suas casas, o melhor que puderam comprar com suas poucas economias. Tudo isso é de uma riqueza de sentimentos e de valor inestimável. Um aprendizado que não dá para esquecer e que nem pretendo.

Entrei neste curso como médica da UBS Maria de Fátima no município de Plácido de Castro, e estou concluindo meu trabalho na UBS como apenas a Suellen e muito feliz pelo trabalho construído a minha comunidade.

6. Bibliografia

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Secretaria de Atenção à Saúde, 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 jul.2013

_____, Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Editora MS, 2005.

Anexos

[illegible][illegible]

Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança participou de ação coletiva de escovação supervisionada com creme dental?	A criança está com tratamento odontológico concluído?	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional individual na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

A mãe (responsável) recebeu orientação coletiva na creche sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?	A mãe (responsável) recebeu orientação individual na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?	A mãe (responsável) recebeu orientação individual na unidade de saúde sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional coletiva na creche?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo B: Planilha de Acompanhamento das Atividades Coletivas em Saúde Bucal



SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES COLETIVAS

Escola: _____ Sala: _____ Professor: _____

	Nome	Idade	Sexo	R1	R2	Data / Atividade											
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	

EDU1 – orientação higiene bucal / EDU2 – orientação prevenção cárie / ESC – Escovação supervisionada / GEL – Aplicação de gel fluoretado / TRA – Tratamento Restaurador Atraumático
R1 Classificação de risco no exame inicial | R2 Classificação de risco após um ano do exame inicial

Anexo C: Planilha de Atendimento Individual em Saúde Bucal



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO ESCOLAR
ATENDIMENTO INDIVIDUAL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do prontuário: _____ Cartão SUS _____
Nome completo: _____ Data de nascimento ____/____/____
Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____
Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____

Baixo risco	Risco moderado						Alto risco		
A: ausência de cavidade de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	B: história de dente restaurado, sem placa /gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: história de dente restaurado, com placa/ gengivite	C: uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/ gengivite	D: ausência de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cavidades de cárie ativa	F: presença de dor e/ou abscesso

Escolares 6 a 12 anos de idade – consulta – UBS								
Data								
Nome do profissional								
Idade								
Orientação sobre higiene? S/N								
Orientação prevenção cárie S/N								
Apresenta história de cárie? S/N								
Apresenta placa visível? S/N								
Apresenta gengivite? S/N								
Apresenta cárie tratada? S/N								
Mancha Branca? S/N								
Cavidade inativa? S/N								
Cavidade ativa? S/N								
Risco de cárie dentária (A – F)								
Tem necessidade de fluoterapia adicional? S/N								
Tem necessidade de tratamento? S/N								
Número estimado de consultas de retorno?								
Aplicação flúor tópico? S/N								
Data próxima consulta								
Faltou a consulta? S/N								
Foi realizada busca ativa? S/N								
Tratamento concluído? S/N								

[illegible]



Professor foi capacitado? () sim () não

Baixo risco		Risco moderado					Alto risco		
A: ausência de cavidade de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	A1: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	B: história de dente restaurado, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: história de dente restaurado, com placa/gengivite	C: uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais cavidades de cárie inativa, com placa/gengivite	D: ausência de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cavidades de cárie ativa	F: presença de dor e/ou abscesso

[illegible]



SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____

Consulta odontológica na UBS							
Data							
Idade (meses)							
Avaliação clínica individual (ver quadro)							
Relação maxilo-mandibular (compatível/alterada/não se aplica)							
Lábios e mucosas (normal/alterado)							
Freios linguais e labiais (normal/alterado/não se aplica)							
Língua (normal/alterada)							
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)							
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)							
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)							
Presença de maloclusão (sim/não/não se aplica)							
Caracterização das consultas (ver quadro)							
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)							
Urgência odontológica (sim/não)							
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)							
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)							
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento							
Faltou a consulta odontológica agendada (sim/não)							
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)							
Tratamento odontológico concluído (sim/não)							
Data prevista da consulta de retorno							
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)							
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)							
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)							
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)							
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)							
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)							
Orientação cronologia de erupção dentária (sim/não)							
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)							
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)							
Aplicação tópica de verniz fluoretado (sim/não)							
Assinatura do profissional							

ANEXO G: Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Apêndices

Apêndice A: Ficha espelho em puericultura (FEP)

110

Programa de saúde da criança – Ficha espelho:

Microarea _____ Família _____ ACS _____ Tel de contato: _____

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Bolsa família () não () sim Frequente creche () sim () não

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Nome da mãe(responsável) _____

Ao nascer → Peso : _____ g Comprimento _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____

Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____ Teste do pezinho () não () sim Realizado em: ____/____/____ Fenilcetonúria () normal () alterado / Hipotireoidismo ()

normal () alterado / Anemia falciforme () normal () alterado; Triagem auditiva () não () sim Realizado em: ____/____/____ Testes realizados: () PEATE () EOA resultados: OD () normal () alterado OE

() normal () alterado; Teste do reflexo vermelho () normal () alterado; Manobra de Ortolani () negativo () positivo

CALENDÁRIO VACINAL

VACINAS	BCG	PENTAVALENTE	VIP	ROTAVÍRUS	PNEUMOC 10	MENINGO C	TRIPLICE VIRAL	TETRAVIRAL	TRIPLICE BACTERIANA	FEBRE AMARELA
1º dose ou dose única	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
2º dose		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
3º dose		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
Reforço		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
	Hep B	VOP	Outras							
	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____							

Consulta clínica												
Data												
Profissional de saúde												
Idade (anos/meses)												
Peso p/idade												
Estatura p/ idade												
Perímetro cefálico												
IMC												
Desenvolvimento												
Criança com risco												
Em uso de sulfato ferroso												
Mamou durante a consulta												
Aleitamento materno												
Orientação sobre alimentação complementar												
Orientação sobre acidentes												
Próxima consulta clínica em:												
Consulta odontológica em:												
Saúde bucal (alto, médio ou baixo risco)												
Próxima consulta odontológica em:												
Legenda: Peso e estatura x idade (elevado,adequado, baixo, muito baixo); Perímetro cefálico (> esperado, adequado, <esperado); IMC: (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza e magreza acentuada) ; Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado); Aleitamento materno (exclusivo, predominante, complementado, desmame)												

Medicações em uso contínuo: _____

Antibióticos e data: _____

Aleitamento materno exclusivo até: _____ Complementado: _____ Consultas em puericultura: _____ Consultas espontâneas: _____

Mãe: G _____ P _____ A _____ Em anticoncepção: () sim () não qual? _____